



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Avviso di mobilità regionale ed, in subordine, interregionale, per titoli e colloquio, per la copertura di n.1 posto di Dirigente Medico disciplina: Oftalmologia

SI RENDE NOTO

Che, con delibera n.1231 del 22/09/2022, sono ammessi all'avviso di mobilità, per titoli e colloquio, in oggetto indicato (scaduto il 03 settembre 2022), i sottoelencati candidati:

1. Antonuccio Manlio
2. Bertoli Federica
3. Caldarella Grazia
4. Calì Giuseppe
5. Linguardo Paolo
6. Mazzaferro Andrea
7. Rubino Marisa
8. Trapani Alessandro

Pertanto, gli stessi, sono invitati all'effettuazione della prova - colloquio, che si terrà giorno 25/11/2022 alle ore 09,30, presso la sede dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane, sita a Siracusa in Via Reno n.19.

Si precisa che, nel rispetto di quanto previsto dal "*Protocollo per lo svolgimento dei concorsi pubblici*", redatto dal Ministero della Salute in data 25 maggio 2022, i candidati dovranno presentarsi nel giorno e nell'ora stabilita senza accompagnatori e indossando mascherine ffp2.

Dovranno, inoltre, consegnare la dichiarazione sostitutiva, allegata al presente avviso, già debitamente compilata e corredata di fotocopia del documento d'identità valido.

Si precisa, altresì, che la mancata presentazione nel giorno e nell'ora stabilita, comporterà l'esclusione dall'avviso in interesse.

D'ordine del Presidente della Commissione

Dott. Paolo Caruso
Il Segretario
Sig.ra Stefania Pizzo

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____,

Candidato al _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

Di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:

- a) temperatura corporea superiore a 37,5 C e brividi;
- b) Tosse di recente comparsa;
- c) Difficoltà respiratoria;
- d) Perdita improvvisa dell'olfatto o diminuzione dell'olfatto; perdita del gusto o alterazione del gusto;
- e) Mal di gola;

Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da Covid-19.

Luogo, data _____

(firma)

Allega: fotocopia documento d'identità valido