



REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Avviso di mobilità volontaria, regionale ed interregionale, per titoli e colloquio, per la copertura di n. 3 posti, a tempo indeterminato ed a tempo pieno, di Collaboratore Professionale Sanitario: LOGOPEDISTA - CAT. D per il Centro Autismo

SI RENDE NOTO

Che, con delibera n. 830 del 11/06/2021, i sottoelencati candidati sono ammessi all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, in oggetto indicato:

1. D'AMORE LAURA
2. RIZZA CINZIA

Pertanto, gli stessi, sono invitati all'effettuazione della prova - colloquio che si terrà presso la Sala convegni – seminterrato Ospedale A. Rizza, sita in Viale Epipoli n. 72, giorno 06/07/2021 alle ore 09.00.

Si precisa che, per le norme di sicurezza previste dall'emergenza covid-19, i candidati dovranno presentarsi muniti di esito negativo di tampone oro/rino-faringeo per ricerca COVID-19, effettuato entro e non oltre le 48 ore precedenti alla convocazione. Dovranno, inoltre, produrre 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 pubblico.

D'Ordine del Presidente della Commissione
Dr.ssa Iacifelli Sebastiana
IL SEGRETARIO
Sig.ra Claudia La Monica

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