

BANDO DI CONCORSO PER ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 4 POSTI DI INFERMIERE – CAT. C POSIZIONE ECONOMICA INIZIALE C1 – A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DEL C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI IN VIGORE.

AVVISO

SEDE DELLA PROVA SELETTIVA PRESSO I.P.A.B. LUIGI MARIUTTO sede operativa di via Zinelli, 1, Mirano (VE), ingresso presso la reception per il controllo al varco COVID

DATA e SEDE delle sessioni d'esame – 18 gennaio 2022 ore 10.00 PROVA D'ESAME SCRITTA, TEORICA/PRATICA e 24 gennaio 2022 ore 10.00 PROVA ORALE presso gli uffici amministrativi dell'I.P.A.B. Luigi Mariutto – Sala Consiglio.

CANDIDATE AMMESSE ALLA SELEZIONE IN ORDINE ALFABETICO:

COGNOME E NOME	AMMISSIONE PROVA
HANNACHI SIWAR	AMMESSA
NEAGU LUMINITA	AMMESSA
SGNAOLIN MONICA	AMMESSA

LE CANDIDATE DOVRANNO NECESSARIAMENTE MUNIRSI DI:

- mascherina chirurgica** anti-contagio reperibili in commercio, disciplinate dall'art. 34, del D.L. n. 9 del 02.03.2020.e comunque certificate;
- autocertificazione ai fini COVID-19** debitamente compilata e sottoscritta, attestante l'assenza di condizioni fisiche e/o di salute ostative all'accesso alla sala concorsuale (*fac-simile in allegato*)
- I candidati che provengano da Regioni a rischio dovranno produrre dichiarazione della Regione di provenienza;
- penna biro a inchiostro nero** correttamente funzionante.

Le candidate dovranno presentarsi in prossimità della sala adibita al concorso con la **mascherina chirurgica già correttamente indossata**. L'utilizzo della mascherina è obbligatorio durante l'intera permanenza nella sala preposta;

La candidata che dovesse manifestare sintomi simil-influenzali indicativi di infezione a ai quali fosse rilevata una temperatura corporea superiore a 37,5 °C, **sarà precluso l'accesso alla sede concorsuale**;

N.B. Si pregano le sigg.re candidate di prendere visione del modulo sottostante da presentare in sede di concorso.

f.to La Presidente della Commissione
Maria Grazia Chiozzotto

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARO:

- a) di non essere affetto/a da sintomi influenzali connotati da presenza di febbre (temperatura corporea superiore 37.5 °C) e tosse e/o difficoltà respiratoria o altri sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19, (tosse persistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea);
- b) di non essere entrato/a in contatto negli ultimi 7 giorni con persone risultate positive al virus COVID-19;
- c) di impegnarmi al rispetto di tutte le misure di prevenzione prescritte dalla Commissione di concorso per Operatore Socio Sanitario al fine di prevenire la diffusione del COVID-19 e di rispettare integralmente quanto prescritto.

Mirano li _____

Firma del dichiarante
