

Avviso di convocazione per il colloquio dell'avviso pubblico a n. 1 Posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA – CAT D A TEMPO DETERMINATO presso l'A.S.L. CN2 Alba-Bra

Si comunica che il colloquio per l'avviso pubblico a n. 1 Posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA – CAT D A TEMPO DETERMINATO indetto dall'ASLCN2 Alba Bra, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 43 del 27/10/2022 si svolgerà presso:

l'A.S.L.CN2 Alba Bra – Via Vida, 10 (Sala Multimediale - piano -1)– 12051 ALBA (CN)

il giorno **VENERDI' 16 DICEMBRE 2022 alle ore 9,00**

Si precisa che il presente avviso ha valore di convocazione per tutti i candidati ammessi **(vedi elenco allegato)**.

I candidati dovranno presentarsi muniti di un documento di riconoscimento in corso di validità e dichiarazione, allegata, per misure a prevenzione contagio da Covid-19.

La mancata presentazione per qualsiasi causa sarà considerata rinuncia.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.C. Amm.ne del personale e Sviluppo Risorse Umane dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Via Vida, 10 - 12051 ALBA – Tel 0172/1408036 0173/316521/205.

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE

Franco CANE

COMMISSIONE ESAMINATRICE

PRESIDENTE

Sabrina CONTINI

COMPONENTI

Elena LENTA

Elisa CONTERNO

SEGRETARIO

Franco CANE

CANDIDATI AMMESSI

1	ALLOCCO ELISA
2	CANOVA ELENA KYOKO
3	CAVALLO ELISA
4	CERUTTI GIULIA
5	FILIPPI MICHELA
6	LOMEO CLAUDIA MARTINA
7	MELIS GAELLE
8	SCROFANI ANDREA

PROCEDURA OBBLIGATORIA A TUTELA DELLA SALUTE DEI CANDIDATI ALL'AVVISO PUBBLICO
a n. 1 Posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA – CAT D – A TEMPO DETERMINATO presso l'A.S.L. CN2 Alba-Bra

Ai sensi delle prescrizioni emanate a tutela dei cittadini in costanza della pandemia da COVID-19 si dispone che i candidati dell'AVVISO PUBBLICO a n. 1 Posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA – CAT D A TEMPO DETERMINATO che si svolgerà in data VENERDI' 16 DICEMBRE 2022 alle ore 09,00 presso la Sala Multimediale – piano -1 dell'ASL CN2 Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN) devono:

- 1) presentarsi da soli e senza alcun tipo di bagaglio;
- 2) non presentarsi presso la sede concorsuale se affetti da uno o più dei seguenti sintomi:
 - a) temperatura superiore a 37,5°C e brividi;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - e) mal di gola
- 3) non presentarsi presso la sede concorsuale se sottoposti 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;
- 4) indossare obbligatoriamente, dal momento dell'accesso all'area concorsuale sino all'uscita, i facciali filtranti FFP2 messi a disposizione dall'amministrazione organizzatrice.

Qualora una o più delle sopraindicate condizioni non dovesse essere soddisfatta, ovvero in caso di rifiuto a produrre l'autodichiarazione, allegata al presente comunicato, il candidato non potrà essere ammesso alle prove concorsuali.

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE

Franco CANE

DICHIARAZIONE PER MISURE A PREVENZIONE CONTAGIO DA COVID-19

COGNOME NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

In qualità di candidato partecipante all'AVVISO PUBBLICO A N. 1 Posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA – CAT D A TEMPO DETERMINATO presso l'A.S.L. CN2 Alba-Bra che si svolgerà in data VENERDI' 16 DICEMBRE 2022 alle ore 9,00 consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di non essere in una delle seguenti condizioni:
 - a) temperatura corporea superiore a 37,5°C e brividi;
 - b) tosse di recente comparsa;
 - c) difficoltà respiratoria;
 - d) perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia);
 - 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.

Data.....

Firma leggibile del compilatore