



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD.FISC. E P.IVA 02441500242 – Cod. IPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it

PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it

www.aulss8.veneto.it

**Avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento dell'incarico di
Direttore dell'Unità Operativa Complessa "TERAPIA DEL DOLORE"**

CONVOCAZIONE dei CANDIDATI

I candidati:

dott. Martini Alvise

dott. Parolini Massimo

dott. Rasotto Marianna

dott. Violini Alessia

con provvedimento in corso di adozione sono stati ammessi e sono convocati a sostenere il colloquio il giorno **giovedì 30 giugno 2022 alle ore 9,30** presso l'Ulss 8 Berica – Viale Rodolfi, 37 – Vicenza – 3° piano – (palazzina uffici).

I candidati dovranno effettuare il triage all'entrata dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza - Viale Rodolfi, 37.

AVVERTENZE:

Per essere ammessi a sostenere il colloquio, i candidati dovranno presentarsi muniti di

- valido documento di riconoscimento,
- una mascherina FFP2,
- autocertificazione compilata come da modulo di seguito allegato.

Ciascun candidato è invitato a presentarsi alla data, ora e luogo sopraindicati; in caso di mancata presentazione sarà considerato rinunciatario.

La presente comunicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti.

f.to Il Direttore
UOC Gestione Risorse Umane
Dott. Leopoldo Ciato

Vicenza, 6 giugno 2022

DICHIARAZIONE
(ai sensi degli artt. 46 – 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.
445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, delle sanzioni previste
in caso di false dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

----- D I C H I A R A -----

- ☐ di AVERE / ☐ NON AVERE Temperatura superiore a 37,5° e brividi;
- ☐ di AVERE / ☐ NON AVERE Tosse di recente comparsa;
- ☐ di AVERE / ☐ NON AVERE Difficoltà respiratoria;
- ☐ di AVERE / ☐ NON AVERE Perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto ovvero perdita o
alterazione del gusto;
- ☐ di AVERE / ☐ NON AVERE Mal di gola;
- ☐ di ESSERE / ☐ NON ESSERE Attualmente sottoposto alla quarantena o all'isolamento
domiciliare fiduciario e/o divieto di allontanamento dalla propria abitazione/dimora, in base alla
normativa vigente;

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto presta altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali per gli adempimenti correlati allo svolgimento in sicurezza della procedura concorsuale. I dati forniti saranno gestiti in conformità alle norme previste dal GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali).

Data _____

Firma _____