



**RESIDENZA "RIVIERA DEL BRENTA"
CENTRO DI SOGGIORNO PER ANZIANI**

30031 DOLO (VE) - Via Garibaldi, 73

Tel. (041) 410.192 - 410.039 - Fax (041) 412.016

Codice Fiscale 82004730279 - Partita IVA 00900180274



I.P.A.B. "LUIGI MARIUTTO"
Centro di servizi alla persona
30035 MIRANO (VENEZIA) – Sede Legale Via Zinelli, 1
Tel. 041/5799411 – Fax 041/432151
(C.F. 82005070279 – P.I. 01865220279)

Referente istruttoria ST/ss
Area Tecnico Amministrativa – Risorse Umane

Mirano 5 novembre 2020

AVVISO

**BANDO DI CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI, PER LA COPERTURA DI POSTI DI
"OPERATORE SOCIO SANITARIO" - A TEMPO PIENO E INDETERMINATO CATEGORIA B
POSIZIONE ECONOMICA B1
C.C.N.L. REGIONI ED AUTONOMIE LOCALI**

SEDE DELLA PROVA TEORICO/PRATICA PRESSO I.P.A.B. LUIGI MARIUTTO sede operativa di via Zinelli, 1, Mirano (VE), presso la Residenza "Gelsomino"

DATA DELLA PROVA TEORICO/PRATICA, 13 NOVEMBRE 2020 CON RICONOSCIMENTO DEI CANDIDATI A PARTIRE DALLE ORE 08:30 COME DI SEGUITO DESCRITTO:

- **CANDIDATI CON COGNOME CHE INIZIA DALLA LETTERA **A** alla lettera **K** inizio riconoscimento dalle ore 08:30.**
- **CANDIDATI CON COGNOME CHE INIZIA DALLA LETTERA **L** alla lettera **Z** inizio riconoscimento dalle ore 09:00.**

A seguito del riconoscimento avvio della prova TEORICO/PRATICA

Si informano i candidati di non presentarsi con largo anticipo, ma di rispettare l'orario sopra stabilito al fine di evitare l'assembramento e si ricorda l'osservanza delle prescrizioni già stabilite con il precedente avviso.

IL CANDIDATO DOVRÀ 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.

I candidati 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;

Ai candidati che dovessero 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**;

I candidati che non si presenteranno a sostenere le prove nei giorni e nella sede stabilita, saranno dichiarati esclusi dal concorso, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei singoli concorrenti.

La Presidente della Commissione
Dott.ssa Paola Altissimo



RESIDENZA "RIVIERA DEL BRENTA"
CENTRO DI SOGGIORNO PER ANZIANI
30031 DOLO (VE) - Via Garibaldi, 73
Tel. (041) 410.192 - 410.039 - Fax (041) 412.016
Codice Fiscale 82004730279 - Partita IVA 00900180274

I.P.A.B. "LUIGI MARIUTTO"
Centro di servizi alla persona
30035 MIRANO (VENEZIA) - Sede Legale Via Zinelli, 1
Tel. 041/5799411 - Fax 041/432151
(C.F. 82005070279 - P.I. 01865220279)

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:

- 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, (febbre superiore a 35,5 °C, tosse persistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea);
- di non essere entrato/a in contatto negli ultimi 15 giorni con persone risultate positive al virus COVID-19;
- 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
