

Prot. 23347 del 3.05.2022

Oggetto: ERRATA CORRIGE. *Convocazione concorso pubblico per titoli ed esami a tempo indeterminato ed a tempo pieno per la copertura a di n. 2 posti di Dirigente Statistico di cui 1 riservato al personale precario in servizio c/o ASP RC, in possesso dei requisiti per la stabilizzazione, ai sensi dell'art.20 d.lgs n. 75/2017 e smi, per come ulteriormente precisato dalle circolari n. 3/2017 e n. 1/2018.*

Si comunica che per mero errore materiale, nella parte relativa al punteggio della prova scritta, "**0,25 punti per ogni risposta errata**" è da intendersi "**-0,25**" pertanto i punti saranno così assegnati:

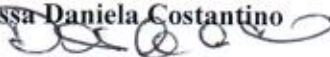
1 punto per ogni risposta esatta,
-0,25 punti per ogni risposta errata
0 punti per ogni risposta non data;

Inoltre, si comunica ai partecipanti che in relazione alle disposizioni in vigore dal 1 maggio 2022, non sarà necessario essere in possesso della Certificazione Verde Covid-19 (c.d. Green Pass) per la partecipazione ai concorsi pubblici.

Pertanto non sarà necessario esibire il Green Pass e sottoporsi a tampone rino/faringeo.

Per poter partecipare alla prova scritta, fissata per giorno 20 Maggio alle ore 11.00, sarà necessario esibire, oltre ad un documento d'identità in corso di validità, l'autodichiarazione covid-19 allegata alla presente

**Il Presidente della Commissione
Direttore Amministrativo
D.ssa Daniela Costantino**



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47
D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritt _____
nato il _____ a _____ (____),
residente in _____ (____) via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____,
identificato a mezzo _____ nr. _____,
rilasciato da _____ in data _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi e per gli effetti 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

- ✦ di non essere sottoposto alla misura della quarantena o provvedimento restrittivo analogo;
- ✦ di non essere risultato positivo al virus COVID-19 ovvero di essere risultato positivo ed aver ricevuto un accertamento di completa guarigione;
- ✦ di non presentare alcuno di questi sintomi: febbre superiore a 37,5°, mal di gola, rinorrea, tosse difficoltà respiratoria (dispnea) e sintomatologia simil influenzale/simil COVID19/polmonite;
- ✦ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il presente documento verrà conservato dall'Amministrazione per il tempo strettamente necessario e, comunque, non superiore a 30 giorni.

LUOGO

DATA

FIRMA _____