

AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COSTITUZIONE DI N. 8 RAPPORTI DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO, DELLA DURATA DI 12 MESI EVENTUALMENTE RINNOVABILI, CON LA QUALIFICA DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – CAT. C - FASCIA INIZIALE DA ASSEGNARE ALLE UOC NEUROLOGIA 1 – MALATTIA DI PARKINSON E DISTURBI DEL MOVIMENTO, UOC NEUROLOGIA 2 - NEURONCOLOGIA CLINICA, UOC NEUROLOGIA 3 – NEUROALGOLOGIA, UOC NEUROLOGIA 4 - NEUROIMMUNOLOGIA E MALATTIE NEUROMUSCOLARI, UOC NEUROLOGIA 8 - NEURONCOLOGIA MOLECOLARE, UOC NEUROLOGIA 10 - MALATTIE DEGENERATIVE E NEUROMETABOLICHE RARE, UOC SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO - GENETICA MEDICA E NEUROGENETICA E AL DIPARTIMENTO GESTIONALE DI RICERCA E SVILUPPO CLINICO

SI INVITANO I CANDIDATI A PRESENTARSI ALLE PROVE D'ESAME MUNITI DELLA DICHIARAZIONE, DEBITAMENTE COMPILATA, RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DPR N.445/2000 E DI SEGUITO RIPORTATA.

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ numero di
cellulare _____ in qualità di partecipante al convegno/incontro/evento:

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del DPR N.445/2000, dichiara quanto segue:

- **di non presentare sintomatologia respiratoria o similinfluenzale o febbre superiore a 37.5° C in data odierna;**
- **di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario negli ultimi 14 giorni;**
- **di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.**

La presente dichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS-CoV-2.

Milano, _____

Firma leggibile _____

Informativa ex artt. 13 -14 Regolamento Europeo 679/2016 in materia di protezione dei dati

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13-14 Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati, che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento UE 679/2016.

Milano, _____

Firma leggibile _____

Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta

Via Celoria 11, 20133 Milano – Tel 02 2364 1

CF 01668320151 – PI 04376340156 – www.istituto-besta.it