



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**  
**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**  
Piazzale Cinelli 4 – 61121 PESARO

**Direttore Amministrativo**

**Segreteria**  
Tel. 0721 366321  
Fax 0721 366393

Mail to :  
diramm@ospedalimarchenord.it

**AVVISO PUBBLICO, A SOLI ESAMI, PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO  
DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE INGEGNERE CAT. D  
(indetto con determina del Direttore Generale n. 464 del 29/07/2022)**

**AVVISO DI CONVOCAZIONE ALLA PROVA D'ESAME**

**SI RENDE NOTO**

che la prova d'esame dell'Avviso Pubblico per assunzioni a tempo determinato di Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere (bando scaduto il 19/08/2022) si terrà il giorno

**martedì 20 dicembre 2022 alle ore 9:00**

presso la Sala Riunioni dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", sita in P.le Cinelli, 4 – Pesaro.

Alla prova d'esame sono ammessi a partecipare tutti i candidati che hanno presentato istanza di partecipazione nel termine indicato dal bando, che sono identificati con i seguenti codici alfanumerici:

CODICE ALFANUMERICO CANDIDATURA	
1. 6b33e5a5949d43abf5e554ce701b61a	8. 174d84768e654ce5b97e001f9ea859e8
2. 0be3d56a11a1428bbd7ef21c9405ab76	9. 684ae324b2ee4c26b7dcdebdd01c691b
3. bfe77cb9520f4a9a9feedd59a17ea557	10. a9ee51f6654a4018aa968692148d03ba
4. 6fcfd3a02b14e0286953c55a0508d1d	11. bc1bbe10884c4e18a0520a3b1462b7e4
5. a7ac4789c54b44baec3ce19619dc996	12. 9620b28c1daf4fea98d2a61f34ab0aa6
6. e4aede669a624416872efd6b11a27eb0	13. d460fb1d54a34403a4ec8a7d40097340
7. 822a9a1b763c431c866f9b431519f6f4	14. 72106c5b9f4648eb8c51ff7e9e901c2c
	15. a4f93bd6a87d4aaca0d553a5fa0ca1e7

Tutti i candidati convocati riceveranno apposita comunicazione all'indirizzo mail indicato all'atto di presentazione della domanda.

I candidati sono invitati a presentarsi con 15 minuti di anticipo nel giorno e nella sede suddetti muniti della seguente documentazione:

- **un valido documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **la fotocopia del documento di riconoscimento** da consegnare all'addetto all'identificazione;
- **l'autocertificazione COVID-19**, secondo il modello **ALLEGATO n. 1**, debitamente compilata e sottoscritta (*il candidato che si trovi in una delle condizioni tali da non poter sottoscrivere la predetta autocertificazione **NON** dovrà presentarsi per lo svolgimento della prova d'esame*);
- **mascherina facciale FFP2** che andrà indossata per tutta la durata di permanenza all'interno della sede d'esame.

Coloro che non si presenteranno saranno considerati rinunciatari.

La procedura sarà svolta in conformità alle vigenti misure di prevenzione e di protezione dalle infezioni da COVID-19.

Si richiamano, a tal fine, il Protocollo Ministeriale per lo svolgimento dei Concorsi Pubblici di cui all'ordinanza del Ministero della Salute del 25/05/2022 pubblicato sulla G.U. – Serie Generale – n. 126 del 31/05/2022, adottato in applicazione ed esecuzione dell'art. 3, comma 7, D.L. 30/04/2022 n. 36, che sostituisce il Protocollo del 15/04/2021 del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicato il 20/04/2021, al fine di consentire lo svolgimento in sicurezza delle procedure selettive pubbliche, alla luce altresì delle prescrizioni contenute nel D.L. 44 dell'1/04/2021, convertito con modificazioni nella L. 76/2021, nell'art. 6 del D.L. 24 marzo 2022 n. 24, e nell'art. 1 dell'Ordinanza 28 aprile 2022 del Ministero della Salute.

Per eventuali informazioni, rivolgersi alla U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", Piazzale Cinelli n. 4, 61121 Pesaro – tel. 0721/366210-366205.

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di:  Componente della Commissione Esaminatrice;  Personale di supporto;  Candidato

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- di non manifestare attualmente infezione respiratoria caratterizzata da febbre > 37,5° o sintomatologia simil-influenzale (ad es. tosse, alterata percezione dei sapori e degli odori, disturbi intestinali, ecc...);
- di non essere attualmente sottoposto ad isolamento domiciliare fiduciario in quanto risultato positivo alla ricerca del virus SARS-COV-2;
- di non essere a conoscenza, ad oggi, del proprio stato di positività al Covid-19;
- di essere consapevole di dover adottare, durante la prova d'esame, tutte le misure di contenimento necessarie alla prevenzione del contagio da Covid-19.

Dichiara, altresì, di aver ricevuto adeguata informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss. mm. ii., e che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Pesaro, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_