

 <p data-bbox="395 226 641 300">Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p data-bbox="879 123 1278 219"><b>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon"</b></p> <p data-bbox="810 221 1318 282">Via Teresa Ravaschieri,8 -80122- Napoli Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630</p>
--	--

## AVVISO CONVOCAZIONE CANDIDATI

**Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il reclutamento a tempo determinato di n. 1 dirigente medico disciplina Neurologia.**

I candidati ammessi all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il reclutamento a tempo determinato di n. 1 dirigente medico disciplina medicina Neurologia, giusta deliberazione n. 33 del 24 gennaio 2023, sono invitati a presentarsi, muniti di un valido documento di riconoscimento, per l'espletamento della prova colloquio, il giorno **23 febbraio 2023 alle ore 9:00** presso la Sede Amministrativa dell'AORN Santobono-Pausilipon, sita in Napoli alla Via Teresa Ravaschieri (già via della Croce Rossa – quartiere Chiaia) n. 8 – salone posto al secondo piano della struttura.

I candidati, prima delle prove, dovranno consegnare l'autocertificazione allegata (all.1) alla presente convocazione debitamente sottoscritta.

**Il presente avviso ha valore di notifica a tutti gli effetti.**

**La mancata presentazione nella suddetta sede, in data e orario stabiliti o la presentazione in ritardo si intendono come irrevocabile rinuncia alla partecipazione all'avviso.**

**II PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE**

**Dott. Giuseppe Cinalli**



A.O.R.N. SANTOBONO-PAUSILIPON  
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE  
Direttore: *Dott. G. Cinalli*  
U.O.C. NEUROCHIRURGIA  
Direttore: *Dott. G. Cinalli*

**(All. 1) alla convocazione**

**Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il reclutamento a tempo determinato di n. 1 dirigente medico disciplina Neurologia.**

AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR 445/2000

IL/LASOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DI NON AVER AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID-19 IN CORSO

DI NON ESSERE SOTTOPOSTO A MISURE DI QUARANTENA O DI ISOLAMENTO DOMICILIARE PER DISPOSIZIONE DELLA ASL COMPETENTE

DI NON AVERE ATTUALMENTE UNA TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°c O ALTRI SINTOMI RICONDUCIBILI ALL'INFEZIONE DA COVID-19 (es. tosse, difficoltà respiratorie ecc.)

LUOGO E DATA

IN FEDE \_\_\_\_\_