

Ponderano BI, 11 gennaio 2021

Publicazione sul sito ASL BI**CANDIDATI AMMESSI ALLA PROVA
CONCORSO INDETTO
DALL'ASL BI di Biella****(STAMPARE con il modulo
autocertificazione sanitaria da
compilare e consegnare alla
Commissione)****OGGETTO: Pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura di n. 30 posti di DI
OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS presso l'ASL BI di Biella.****In riferimento alla convoca dei candidati al concorso di cui all'elenco pubblicato sul sito
dell'ASL BI di BIELLA, si comunica che l'espletamento della prova pratica è confermato
secondo il seguente calendario :**

Da ABA a BOLOG

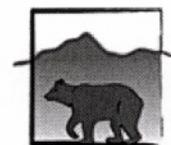
**18 GENNAIO 2021 alle ore 14,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA**

Da BON a CIUR

**19 GENNAIO 2021 alle ore 08,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA**

Da CIV a EMM

**19 GENNAIO 2021 alle ore 14,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA**



Da ENA a GRU

20 GENNAIO 2021 alle ore 14,00 presso i locali del PALA PAJETTA – Ingresso principale Via Pietro Paietta n. 49
BIELLA

Da GUA a MAL

21 GENNAIO 2021, alle ore 08.00 presso i locali del PALA PAJETTA – Ingresso principale Via Pietro Paietta n. 49
BIELLA

Da MAM a NOG

21 GENNAIO 2021, alle ore 14,00 presso i locali del PALA PAJETTA – Ingresso principale Via Pietro Paietta n. 49
BIELLA

Da NOL a REA

25 GENNAIO 2021, alle ore 08,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA

Da REH a STRA

25 GENNAIO 2021, alle ore 14,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA

Da STRI a ZUN

26 GENNAIO 2021, alle ore 14,00 presso i locali del BIELLA FORUM – Ingresso principale Via Buscaglione n. 2
BIELLA

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

Il Presidente
della Commissione Esaminatrice
Dr.ssa Antonella CROSO



Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art.46-47 DPR445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

tel.....

Residenza :

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

di non essere soggetto a quarantena o ad isolamento fiduciario

di non avere / non avere avuto

1 Sintomo tra:

- | | | |
|-----------|----|----|
| • Febbre | si | no |
| • Tosse | si | no |
| • Dispnea | si | no |

2 Sintomi tra:

- | | | |
|----------------|----|----|
| • Faringodinia | si | no |
| • Rinorrea | si | no |
| • Iposmia | si | no |
| • Ageusia | si | no |
| • Diarrea | si | no |

Data _____

In fede

Firma: _____