**Al Direttore dell’Azienda Socio Sanitaria “G. Mancinelli”**

**OGGETTO: Istanza di previsione prova scritta e pratica suppletiva causa forza maggiore – Concorso pubblico n. 4 posti di infermiere (cat. D)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREMESSO CHE**

* il/la sottoscritto/a è stato/a ammesso/a alla prova scritta del concorso pubblico in oggetto
* Le prove scritta del concorso in oggetto risulta calendarizzata per il prossimo 30/10/2020
* Il/La sottoscritto/a, non potrà partecipare alla prova scritta nella data prevista del 30/10/2020, essendo[[1]](#footnote-1):
* posto in quarantena obbligatoria causa positività al virus **SARS-CoV-2 (Covid-19)** dal \_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_
* posto in quarantena fiduciaria dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto entrato in contatto con [ ] soggetto risultato positivo al virus **SARS-CoV-2 (Covid-19)**
* sottoposto a ricovero ospedaliero in quanto affetto da virus **SARS-CoV-2 (Covid-19)**
* in attesa di essere sottoposto a tampone per esame virus **SARS-CoV-2 (Covid**
* Altro[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente, pertanto, formalmente

**CHIEDE**

All’azienda in indirizzo di voler consentire al/alla scrivente di potersi sottoporre alle suddette prove suppletive.

Si allega alla presente:

1. fotocopia di un **documento di identità** in corso di validità;
2. Documentazione/certificazione attestante quanto dichiarato riguardo la condizione ostativa correlata al virus da Sars-CoV-2

Cordiali saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(luogo) (data)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(firma)*

1. Barrare una delle voci indicate [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare, ove non prevista nei punti precedenti, la causa oggettivamente ostativa correlata alla pandemia da Covid-19 in corso [↑](#footnote-ref-2)