



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail : osru@aslvco.it

Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail : previdenza@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail : stipendi@aslvco.it

Prot. n. 71771
Gestione del Personale

Omegna, 30/11/2020

Ai candidati istanti
Loro Sedi

OGGETTO : Avviso pubblico per titoli e colloquio n. 1 Posto di Dirigente Farmacista – Farmacia Ospedaliera.- Ammissibilità e convocazione per il colloquio.

Nel comunicare che la S.V. è stata ammessa all'avviso pubblico in oggetto indicato, La invito a convenire per il previsto colloquio come di seguito indicato:

per le ore **9.30** del giorno **Martedì 15 Dicembre 2020** presso la **Sala Incontri "Giuseppe Saglietti" Nuovo Palazzo Beltrami – Piano Terra – ASL V.C.O. – OMEGNA – Via Mazzini n.117** – per lo svolgimento del colloquio.

La S.V. dovrà attenersi a tutte le disposizioni di legge nazionali, regionali e locali in materia di COVID-19. E' obbligatorio l'uso della mascherina chirurgica ed il mantenimento del distanziamento interpersonale sia all'interno che all'esterno delle aree adiacenti la sede d'esame. Sono vietati gli assembramenti sia all'esterno che all'interno della Sede d'esame. I candidati dovranno attenersi scrupolosamente a tutte le istruzioni, impartite dalla Commissione.

Dovendo procedere all'identificazione dei candidati, è necessario che la S.V. si presenti munita di idoneo documento di riconoscimento, **unitamente alla scheda/questionario, debitamente compilata, relativa ai criteri clinici ed epidemiologici per COVID - 19**, da consegnare all'ingresso.

La mancata presenza nel giorno e nell'ora sopraindicati comporterà l'esclusione della S.V. dalla procedura di che trattasi.

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE
(Sig. Stefania Collecchia)

Stefania Collecchia





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

**SCHEDA /QUESTIONARIO VALUTAZIONE 1° LIVELLO
OBBLIGATORIA PER ACCESSO ALLE PROVE CONCORSUALI**

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

Telefono _____

Criteri epidemiologici

- E' in isolamento fiduciario domiciliare in atto per COVID 19 ? SI ☐ NO ☐
 - E' stato in contatto stretto *con un caso confermato di COVID 19 negli ultimi 14 giorni SI ☐ NO ☐
 - Vi è stato un decesso di familiare convivente per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni SI ☐ NO ☐
 - Proviene da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di COVID-19 SI ☐ NO ☐
 - Ha avuto accessi negli ultimi 14 giorni in struttura o rep. ospedaliero con casi accertati di COVID 19 SI ☐ NO ☐
- *Vedi definizione contatto stretto sul retro

Criteri Clinici

● **SE PRESENTE uno dei seguenti criteri:**

DIFFICOLTÀ' RESPIRATORIA SI ☐ NO ☐ FEBBRE > 37,4°C SI ☐ NO ☐ TOSSE SI ☐ NO ☐

● **SE PRESENTI due dei seguenti criteri :**

RAFFREDDORE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MAL DI GOLA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONGIUNTIVITE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DOLORI MUSCOLARI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	STANCHEZZA MUSCOLARE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NAUSEA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VOMITO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ALTERAZIONE OLFATTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALTERAZIONE DEL GUSTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Data _____ Ora _____

Firma del candidato _____

La presente scheda è richiesta al fine di garantire la Sua sicurezza e quella degli operatori coinvolti



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO

- Convivenza con un caso di COVID 19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID 19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID 19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID 19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti
- Permanenza in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunione, sala attesa ospedale) con un caso di COVID 19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri.
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID 19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni in un caso di COVID 19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID 19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di COVID 19 con sintomatologia grave era rimasto seduto
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella/e sezione/i dell'aereo dove un caso di COVID 19 si era spostato