



**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. 7464

Omegna 04/02/2022

S.O.S. Acquisizione ed

Amministrazione del Personale

**RACCOMANDATA A/R**

**VEDI ELENCO ALLEGATO**

**OGGETTO** : Concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 Posto di Collaboratore Tecnico Professionale – Settore Tecnico (Cat.D): Ammissione e convocazione per Prove d'esame.

Nel comunicare che la S.V. con deliberazione n.952 del 06.12.2021 è stata ammessa al concorso in oggetto indicato, La invito a convenire per le previste prove d'esame :

• **Venerdì 4 Marzo 2022 alle ore 9.30** presso la Sala Incontri "Giuseppe Saglietti" dell' ASL VCO – Palazzo Beltrami Nuovo – Piano Terra – Via Mazzini n.117 – Omegna (VB).

Si comunica che ai sensi di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. n. 105/2021, la S.V. **dovrà presentare all'atto dell'ingresso nell'area concorsuale la certificazione verde COVID-19.**

**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 e il mantenimento del distanziamento interpersonale sia all'interno che all'esterno delle aree adiacenti la sede concorsuale. 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 concorsuale.

Distinti Saluti

**IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE**

(*Laura Bisetti*)



# **ELENCO CANDIDATI CONCORSO PER TITOLI ED ESAMI A N.1 POSTO DI COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – SETTORE TECNICO (CAT.D)**

<b><u>COGNOME E NOME</u></b>	<b><u>DATA DI NASCITA</u></b>
------------------------------	-------------------------------

ANGELONI DAVIDE	05/06/1987
COVA ANDREA	09/08/1967
DI MICELI DARIA	12/08/1995
NONIS ALESSANDRO	25/10/1989
PINATO ROMANO	13/04/1971
RIBONI ANDREA	08/02/1993
RIVA CORRADO	05/08/1977
SACCONA FABIO	18/09/1975
SCHETTINO MARIA ROSARIA	12/07/1995
ZONCA BEATRICE	19/12/1996
ZONCA ELENA	03/11/1968



**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 ☐ NO ☐ MAL DI GOLA SI ☐ NO ☐ CONGIUNTIVITE SI ☐ NO ☐  
DOLORI MUSCOLARI SI ☐ NO ☐ STANCHEZZA MUSCOLARE SI ☐ NO ☐ NAUSEA SI ☐ NO ☐  
VOMITO SI ☐ NO ☐ DIARREA SI ☐ NO ☐  
ALTERAZIONE OLFATTO SI ☐ NO ☐ ALTERAZIONE DEL GUSTO SI ☐ NO ☐

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma del candidato \_\_\_\_\_

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