



**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. 9389  
SOS Acquisizione ed Amministrazione del Personale

Omegna 15/02/2022

**RACCOMANDATA A.R.**

VEDI ELENCO  
ALLEGATO

**OGGETTO :** Concorso pubblico per n. 2 Posti di Dirigente Medico di Chirurgia Generale - Ammissibilità e convocazione per le prove di esame.

Nel comunicare che la S.V. con deliberazione n. 50 del 31 Gennaio 2022, è stata ammessa al pubblico concorso in oggetto indicato, La invito a convenire per le previste prove d'esame come di seguito indicato:

per le ore **9.30** del giorno **Lunedì 28 Marzo 2022** presso **Sala Incontri "Giuseppe Saglietti" Nuovo Palazzo Beltrami - Piano Terra - ASL V.C.O. - OMEGNA - Via Mazzini n.117** - per lo svolgimento delle previste prove di esame.

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.



**IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE**

**(Stefania Collecchia)**

*Stefania Collecchia*



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

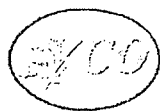
Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

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

**ELENCO CANDIDATI CONCORSO PUBBLICO PER N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO**  
**CHIRURGIA GENERALE**

<b><u>Cognome e nome</u></b>	<b><u>Data di nascita</u></b>
AZZELLINO MARIANGELA	16/03/1990
BERNARDI SIMONE	30/06/1988
BIANCO ANDREA	15/01/1991
BOCCA GABRIELE	09/07/1988
CALTAGIRONE ALICE	09/12/1988
CINTI LORENZO	08/08/1989
D'AMICO ROSA	05/03/1987
DE STEFANO FRANCESCA	12/04/1992
D'OVIDIO ANGELO	07/04/1987
EMINI PAJTIM	02/08/1990
IACOMINO ALESSANDRO	30/07/1991
LAMACCHIA GIUSEPPE	20/10/1990
LAVORATO NICOLA	07/10/1984
MAGATON CHIARA	12/11/1990
MAGNOLI MATTEO	04/01/1989
MALABARBA STEFANO	25/02/1990
MARIANI IVANIKHIN ANTON	30/07/1990
MARSENGO RICCARDO	10/07/1990
MOSCA CHRISTIAN	19/06/1985
NOLA VALENTINA	25/01/1990
PALMIERI FRANCESCO	20/05/1989
PICENI CHIARA	12/07/1991
PORRINI CRISTINA	05/11/1972
SPIDALIERI LETIZIA	01/10/1988
VANNONI MARIA CRISTINA	28/09/1988



**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