



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@aslvc.co.it

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

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

Prot. n. 9889

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. È 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. VCO

*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**

Cognome e nome **Data di nascita**

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
MARENGO 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 OLFACTO 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

REGIONE