



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 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. 709

Omegna 07/01/2021

SOS Acquisizione ed Amministrazione del Personale

RACCOMANDATA A.R.

OGGETTO : Concorso pubblico per n. 1 Posto di Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria - Ammissibilità e convocazione per le prove di esame.

Nel comunicare che la S.V. con deliberazione n. 607 del 28/08/2020, 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 **9.00** del giorno **Martedì 26 Gennaio 2021** presso **Sala Incontri "Giuseppe Soglietti" Nuovo Palazzo Beltrami – Piano Terra – ASL V.C.O. – OMEGNA – Via Mazzini n.117** - per lo svolgimento della prevista prova scritta di esame.

In caso di superamento della suddetta prova scritta, che verrà comunicato nei giorni successivi mediante pubblicazione sul sito internet aziendale www.aslvco.it, la S.V. è convocata per le **ore 9.00** del giorno **Martedì 2 Febbraio 2021** sempre presso la **Sala Incontri "Giuseppe Soglietti" Nuovo Palazzo Beltrami – Piano Terra – ASL V.C.O.** per lo svolgimento delle successive prove pratica e orale.

La Commissione si riserva, qualora il numero dei candidati presenti lo consenta, di effettuare tutte le prove previste in una sola giornata (26 Gennaio 2021).

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 concorsuale. Sono vietati gli assembramenti sia all'esterno che all'interno della Sede concorsuale. I candidati dovranno attenersi scrupolosamente a tutte le istruzioni, impartite dalla Commissione.



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

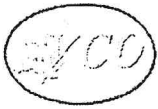
P.I./Cod.Fisc. 00634880033

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 o ritardata presentazione nel giorno e nell'ora sopraindicati comporterà l'esclusione della S.V. dalla procedura concorsuale.

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE

(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 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