



**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. 11018  
SOS Acquisizione ed Amministrazione del Personale

Omegna 10.02.2022

### **RACCOMANDATA A.R.**

**OGGETTO :** Concorso pubblico per n. 2 Posti di Dirigente Veterinario Area B) Igiene della Produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale - Ammissibilità e convocazione per la prova pratica e per la prova orale.

Nel comunicare che la S.V. è stata dichiarata idonea alla prova scritta del concorso pubblico in oggetto indicato, La invito a convenire come di seguito indicato:

per le ore **9.00** del giorno **Martedì 15 Marzo 2022** presso **Sala Incontri "Giuseppe Saglietti" Nuovo Palazzo Beltrami – Piano Terra – ASL V.C.O. – OMEGNA – Via Mazzini n.117** - per lo svolgimento della successiva prova pratica d'esame. In caso di superamento della prova pratica, la S.V. è convocata nella stessa giornata per lo svolgimento della prova orale.

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**  
**(Sig.ra Stefania Collecchia)**

*Stefania Collecchia*

 **REGIONE  
PIEMONTE**



**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.asivco.it - www.asivco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**ELENCO CANDIDATI AMMESSI ALLA PROVA PRATICA DEL CONCORSO  
PUBBLICO PER N. 2 POSTI DI DIRIGENTE VETERINARIO AREA B) IGIENE  
DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE E  
TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**

**Cognome e nome**

**Data di nascita**

1.	BITTI GIULIA	26/01/1994
2.	CANOLA SERENA	04/03/1992
3.	CAPONI BIAGIO	20/10/1985
4.	DE ROSE FRANCESCO	29/06/1992
5.	DI VITO VIVIANA	02/06/1991
6.	DOGLIANI FRANCESCA	19/08/1989
7.	ERRICO MARCO	16/08/1990
8.	FESTA ROSSELLA	05/11/1987
9.	GALASSO PASQUALE	05/01/1980
10.	LEONI MARIA CHIARA	07/05/1992
11.	MANNARINO FABIO	29/05/1984
12.	MARIOTTINI FRANCESCO	05/01/1993
13.	NEGRINOTTI MICHELE	11/10/1981
14.	PAGLIASSO GIULIA	06/09/1992
15.	PERLINO GIULIA	16/12/1990
16.	RATTONE FABRIZIO	06/06/1989
17.	RONZA ALESSIO	15/11/1979
18.	ROSSI MARCO	03/08/1989
19.	SBRACCIA RAFFAELLA	28/06/1982
20.	SCUMACI IRENE	19/01/1990
21.	SETACCIOLI ROBERTA	26/03/1985
22.	TARDITO IRENE	02/08/1991
23.	VANNINI ALFONSO	08/06/1982



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

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

a (VB)  
43020  
ilvco.it

10033

**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 \_\_\_\_\_

↳ \_\_\_\_\_

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

 **REGIONE**