



**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. S2509  
SOS Acquisizione ed Amministrazione del Personale

Omegna 25/08/2022

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

**OGGETTO** : Concorso pubblico per n. 1 Posto di Dirigente Veterinario Area C) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

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 **Mercoledì 14 Settembre 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.

**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.



**SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE**  
**(Sig.ra 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 AMMESSI ALLA PROVA PRATICA DEL CONCORSO  
PUBBLICO PER N. 1 POSTO DI DIRIGENTE VETERINARIO AREA C)  
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE**

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

1.	AUTERI DORIANA	26/09/1985
2.	CICCARELLI DAVIDE	21/07/1988
3.	CORSARO ANGELO	16/01/1985
4.	DI LEONE ALBERTO	19/12/1985
5.	FARAONE SARA	28/11/1989
6.	FIORIELLO LISA	07/04/1980
7.	LANZO VINCENZO	11/05/1992
8.	LELLI MAMI FILIPPO	01/01/1994
9.	MACERAUDI STEFANO	12/05/1970
10.	MASTRAZZO CHIARA MARIA	11/03/1992
11.	MATTIA SARA	30/06/1991
12.	OMETTO ALESSANDRA	08/11/1982
13.	POCHIERO LUCA	14/04/1987
14.	PRESTIA OTTAVIA	07/10/1986
15.	PUCCI FEDERICO	12/04/1979
16.	RIZZO FRANCESCO	22/02/1993
17.	RONCHIETTO FLAVIA	03/08/1977
18.	VALENTINI FLAMINIA	29/12/1993
19.	ZITO ANGELA	21/05/1984



**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