



**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. 27886

Omegna cd05/2022

SOS Acquisizione ed Amministrazione del Personale

**RACCOMANDATA A.R.**

VEDI ELENCO  
ALLEGATO

**OGGETTO :** Concorso pubblico per n. 3 Posti di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione - Ammissibilità e convocazione per le prove di esame.

Nel comunicare che la S.V. con deliberazione n. 318 del 29 Aprile 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 **9.10** del giorno **Mercoledì 8 Giugno 2022** presso **Sala Incontri "Giuseppe Saggiotti" 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*

 **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.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

**ELENCO CANDIDATI CONCORSO PUBBLICO PER N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO  
ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

<b><u>Cognome e nome</u></b>		<b><u>Data di nascita</u></b>
ALLIETA	Andrea	31/03/1992
BAGGIANI	Marta	15/02/1992
CENA	Andrea	09/11/1991
DE VECCHI LAJOLO	Giorgio	29/06/1990
GUZZO	Alessia	21/02/1992
MADDALUNO	Martina	28/01/1991
MARCOMINI	Nicole	17/06/1991
MORONI	Federica	03/12/1992
ROSSI	Michela	22/01/1979
ZARIANI	Vittoria	12/02/1959



**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