



REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la formulazione di apposita graduatoria per la copertura di posti disponibili, per assenza o impedimento dei titolari o per eventuali posti vacanti o per far fronte ad esigenze straordinarie di servizio di Collaboratore Professionale Sanitario: Tecnico di Neurofisiopatologia

SI RENDE NOTO

Che, con delibera n. 1300 del 06/11/2020, i sottoelencati candidati sono ammessi all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, in oggetto indicato (scaduto il 13 giugno 2020).

Pertanto, gli stessi, sono invitati all'effettuazione della prova - colloquio, che si terrà in data 02/12/2021 presso la Sala Conferenze del P.O. Muscatello di Augusta, sito in Contrada Granatello, secondo la seguente suddivisione:

N.	Cognome	Nome	02 Dicembre 2021
1	ANDRONACO	VERONICA AGATA	9:30
2	BARONE	FRANCESCO	9:30
3	CARTELLA	EMANUELE	9:30
4	COLACINO	TERESA	9:30
5	COLONNA	MARIA GRAZIA	9:30
6	CORBO	ALESSANDRA	9:30
7	CUCCI	ANTONIA	9:30
8	DI PIETRO	CRISTINA	9:30
9	ERRERA	ROSARIA	9:30
10	FERRARO	LETIZIA	9:30
11	FERRONE	LAURA	9:30
12	GALLETTA	FEDERICA	9:30
13	GARRO	EMANUELA	9:30
14	IUCULANO	FRANCESCA	9:30
15	LINGENTI	MARIA VALERIA	9:30
16	LOREFICE	CINZIA	9:30
17	MACHEDA	ALESSANDRA	9:30
18	MAZZILLI	ROBERTA	10:30

19	MICCHIA	KATIA	10:30
20	MINARDI	VALENTINA	10:30
21	MORREALE	GIUSEPPE	10:30
22	PALMESE	FRANCESCA	10:30
23	PIRRUCCIO	SALVATRICE	10:30
24	ROMANO	VINCENZO LUCA	10:30
25	ROMEO	LAURA	10:30
26	RUSTICO	ROSARIA	10:30
27	SALANITRO	NADIA	10:30
28	SANTORO	GIUSEPPINA	10:30
29	SAPIENZA	MARIA CONCETTA	10:30
30	SCIRE'	ROSALINDA	10:30
31	SCIUTO	VALERIA	10:30
32	TORRISI	CARMY	10:30
33	ZACCARIA	ANTONELLA	10:30
34	ZANGAGLIA	VANESSA	10:30

Si precisa che, per le norme di sicurezza previste dall'emergenza covid-19, i candidati dovranno presentarsi muniti di esito negativo di tampone per ricerca COVID-19, effettuato entro e non oltre le 48 ore precedenti alla convocazione. Dovranno, inoltre, produrre la dichiarazione sostitutiva (allegata al presente avviso), già debitamente compilata e corredata di fotocopia del documento d'identità valido. Si precisa, altresì, che la mancata presentazione nel giorno e nell'ora stabilita, comporterà l'esclusione dall'avviso pubblico.

D'Ordine del Presidente della Commissione

Dr. Salvatore Madonia

IL SEGRETARIO

F.to Sig.ra Valeria Greco

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il ____/____/____,

residente a _____ () in _____ n. _____,

Candidato al _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n.445/2000;

DICHIARA

Di non essere affetto da uno o più dei seguenti sintomi:

- a) temperatura corporea superiore a 37,5 °C e brividi;
- b) Tosse di recente comparsa;
- c) Difficoltà respiratoria;
- d) Perdita improvvisa dell'olfatto o diminuzione dell'olfatto; perdita del gusto o alterazione del gusto;
- e) Mal di gola;

Di non essere sottoposto alla misura della quarantena o isolamento domiciliare fiduciario e/o al divieto di allontanamento dalla propria dimora/abitazione come misura di prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19.

Luogo, data _____

(firma)

Allega: fotocopia documento d'identità valido