



REGIONE SICILIANA

## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

**Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la formulazione di distinte graduatorie per il conferimento di incarichi a tempo determinato di personale della Dirigenza Medico  
disciplina: Medicina Fisica e Riabilitativa**

### SI RENDE NOTO

Che, con delibera n. 1419 del 25/10/2022, 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 giorno **15 dicembre 2022 alle ore 09,00** presso la Sala Conferenze – seminterrato- del P.O. Rizza, sita in Siracusa, Viale Epipoli n. 72:

N.	Cognome	Nome
1	Aglieco	Alessandro
2	Amenta	Roberta
3	Barone	Chiara
4	Binetti	Stefano
5	Calderone	Antonio
6	Castorina	Anna
7	Chiaromonte	Rita
8	Collura	Erika
9	Corallo	Viviana
10	D'Amico	Giorgia
11	Davì	Donatello
12	Dominante	Claudio
13	Gionfriddo	Michele
14	Inzerilli	Luca
15	Ioppolo	Francesco
16	Leonardi	Giulia
17	Magri	Rosalinda
18	Malfitano	Calogero
19	Mamazza	Grazia
20	Mascali	Mariangela
21	Mazziotta	Francesca
22	Morello	Francesca
23	Privetera	Laura Maria Rosaria
24	Proto	Giuliana
25	Pulici	Carmelo
26	Sanfilippo	Valeria
27	Sgandurra	Milena

28	Trubia	Terresa
29	Vitale	Nicolò

I predetti candidati dovranno essere muniti di valido documento di riconoscimento e la mancata presentazione nel giorno e nell'ora stabilita, comporterà l'esclusione dall'avviso pubblico.

Si precisa che, per l'accesso all'aula dove avrà luogo la suddetta prova, per le norme di sicurezza previste dall'emergenza covid-19, i candidati dovranno la dichiarazione sostitutiva (allegata al presente avviso), già debitamente compilata e corredata di fotocopia del documento d'identità valido.

Si precisa, altresì, che la S.V. deve presentarsi al colloquio senza accompagnatori e munita di mascherina ffp2.

D'Ordine del Presidente della Commissione

Dr.ssa Iachelli Sebastiana

IL SEGRETARIO

Sig.ra Claudia La Monica

## 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*