



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

**Concorso Pubblico, per titoli Ed esami, per n. 2 posti di DIRIGENTE MEDICO -
Disciplina CARDIOLOGIA-**

SI RENDE NOTO

Che i sottoelencati candidati sono ammessi alla prova pratica del concorso in epigrafe indicato:

N.	Cognome	Nome	Voto	Esito
1	BENTIVEGNA	AGNESE	27/30	AMMESSO
2	BOTTARO	GIUSEPPE	30/30	AMMESSO
3	COSTA	GIULIANO	30/30	AMMESSO
4	CRISCIONE	ENRICO	24/30	AMMESSO
5	FRANCHINA	ANTONIO GABRIELE	30/30	AMMESSO
6	FRAZZETTO	MARCO GIUSEPPE	27/30	AMMESSO
7	GIUSTI	MICHELE	25/30	AMMESSO
8	GRAVINA	GIACOMO	27/30	AMMESSO
9	LO CURTO	DENISE	28/30	AMMESSO
10	MAZZONE	PAOLO	30/30	AMMESSO
11	MONTE	MARCO ANGELO	25/30	AMMESSO
12	MOTTA	SILVIA CRESCENZIA	24/30	AMMESSO
13	RESTIVO	LUCA	28/30	AMMESSO
14	RUBINO	LUIGI	24/30	AMMESSO
15	RUGIANO	GERARDO	29/30	AMMESSO
16	STORNIOLA	SALVATORE ANTONIO	28/30	AMMESSO
17	STRAZZIERI	ORAZIO	24/30	AMMESSO
18	TERRANOVA	ALESSANDRO	28/30	AMMESSO
19	VALVO	ROBERTO	27/30	AMMESSO

Pertanto, gli stessi, sono invitati all'effettuazione della prova pratica che si terrà presso la Sala convegni – seminterrato Ospedale A. Rizza, sita in Viale Epipoli n. 72, **giorno 28/07/2022 alle ore 08.30**. In caso di superamento della prova pratica con il punteggio minimo di 21/30, si svolgerà di seguito la relativa prova orale, ai sensi della soprarichiamata normativa.

Si precisa che, per le norme di sicurezza previste dall'emergenza covid-19, i candidati dovranno produrre la dichiarazione sostitutiva (allegata al presente avviso), già debitamente compilata e corredata di fotocopia del documento d'identità valido. Altresì, la S.V. deve presentarsi al colloquio senza accompagnatori e munita di mascherina ffp2.

Si precisa, in fine, che la mancata presentazione nel giorno e nell'ora stabilita, comporterà l'esclusione dall'avviso pubblico.

D'Ordine del Presidente della Commissione

Dr. Giovanni Licciardello

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