



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI,  
PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 2 (DUE) POSTI DI DIRIGENTE FARMACISTA – RUOLO  
SANITARIO – DISCIPLINA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE**

(indetto con D.C. n. 2017/00807 del 27/12/2017, pubblicato integralmente sul B.U.R. Basilicata – parte II – n. 3 del 16/01/2018 e, per estratto, nella G.U.R.I. – 4a Serie Speciale “*Concorsi ed Esami*” n. 12 del 09/02/2018)

**DIARIO PROVA SCRITTA**

SI AVVISANO

i candidati ammessi a partecipare al concorso pubblico in oggetto che:

- **la prova scritta** del concorso in oggetto si terrà il giorno **10 settembre 2020** presso AUDITORIUM dell’Azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo” di Potenza – via Potito Petrone – con inizio alle ore **10,00**;
- Il giorno successivo alla data di espletamento della prova scritta, il calendario per il prosieguo della procedura e qualsiasi altra comunicazione inerente al concorso saranno oggetto di pubblicazione, con valore di notifica, sul sito internet aziendale [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it).

I candidati dovranno obbligatoriamente presentarsi:

1. muniti di un idoneo documento di riconoscimento in corso di validità, **unitamente ad una fotocopia dello stesso** che al momento dell’accesso nella Sala sede di esame dovrà essere firmato dall’interessato e consegnato, previa esibizione dell’originale;
2. muniti dell’autodichiarazione allegata al presente avviso, relativa al protocollo di sicurezza anti-contagio obbligatorio, debitamente compilata e firmata.

Non sarà consentito accedere nella sala sede di esame con telefoni cellulari, o qualsivoglia strumentazione idonea a permettere la comunicazione con l’esterno.

In considerazione della necessità di applicare misure di contenimento del contagio e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19:

- i candidati dovranno presentarsi muniti di idonei DPI (almeno mascherina);
- non sarà consentito accedere nella sala sede di esame qualora non dovessero essere rispettate le prescrizioni anticovid-19 previste dai protocolli vigenti in materia;
- non sarà consentito accedere nella sala sede di esame qualora il candidato presenti una temperatura corporea superiore a 37,5°, misurata con termoscanner all’ingresso.

L’eventuale assenza, a qualsiasi causa dovuta, nel giorno, luogo e data indicata, comporterà l’automatica esclusione dalla procedura concorsuale.

Si precisa che le avvertenze di cui sopra varranno anche per le successive prove (pratica e orale).

Si precisa infine che:

- per eventuali circostanze ed eventi che dovessero sopraggiungere ed incidenti sulla presente convocazione, al fine di evitare disagi, la conferma della data della prova scritta ovvero ulteriori comunicazioni inerenti alla procedura concorsuale in parola saranno pubblicate sul sito internet [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it) in data **07 settembre 2020**;
- la presente pubblicazione assume valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i candidati ammessi al concorso in parola

Potenza 31 agosto 2020

F.TO il Presidente della Commissione  
Dr. Antonio Carretta



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI,  
PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 2 (DUE) POSTI DI DIRIGENTE FARMACISTA – RUOLO  
SANITARIO – DISCIPLINA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE**

(indetto con D.C. n. 2017/00807 del 27/12/2017, pubblicato integralmente sul B.U.R. Basilicata – parte II – n. 3 del 16/01/2018 e,  
per estratto, nella G.U.R.I. – 4a Serie Speciale “*Concorsi ed Esami*” n. 12 del 09/02/2018)

**AUTODICHIARAZIONE**

**TRIAGE INGRESSO STRUTTURA**

Accesso alla struttura:

- ✓ Il candidato farà accesso alla struttura AUDITORIUM dell’Azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo” di Potenza in via Potito Petrone;
- ✓ Il candidato dovrà accedere munito di mascherina chirurgica e sarà sottoposto al seguente protocollo:  
Protocollo di sicurezza anti-contagio obbligatorio ai sensi dell'art. 1 ,n.7 lett. d) del DPCM 11/03/2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena
- di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'art. 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08/03/2020.
- di non aver avuto contatti stretti con pazienti affetti da COVID-19.

**ACCONSENTE**

ad essere sottoposto al controllo della temperatura corporea quale misura di prevenzione del contagio da COVID 19.

Potenza, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_