

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 1
VIA XX SETTEMBRE, 27
AVEZZANO (AQ)

Avviso Pubblico di ammissione al corso di formazione complementare in Assistenza Sanitaria riservato agli operatori socio-sanitari inquadrati nel relativo profilo professionale in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso le aziende USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate. .

- ANNO FORMATIVO 2010 -

In esecuzione della deliberazione del Commissario Straordinario dell'Azienda U.S.L. 01 Avezzano/Sulmona n. 18 del 29.10.2009, immediatamente esecutiva, ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione di G.R. d'Abruzzo n. 441 del 10.08.2009, con cui è stato approvato il documento recante la disciplina per l'organizzazione dei moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria per gli operatori socio-sanitari, è indetto avviso pubblico per l'ammissione al corso di formazione complementare in assistenza sanitaria riservato agli operatori socio-sanitari inquadrati nel relativo profilo professionale in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso le aziende USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate – a.f. 2010.

Il Corso, articolato in n. 2 sezioni di 30 posti ciascuna – per un totale complessivo di n. 60 posti – si svolgerà presso il Polo Formativo della ASL di Avezzano/Sulmona, nelle seguenti sedi:

- n. 1 sezione c/o il P.F. di Avezzano
- n. 1 sezione c/o il P.F. di Sulmona.

REQUISITI DI ACCESSO:

Al modulo di formazione complementare di assistenza sanitaria per gli operatori socio-sanitari, possono partecipare GLI OPERATORI SOCIO-SANITARI INQUADRATI NEL RELATIVO PROFILO PROFESSIONALE IN SERVIZIO, CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO, PRESSO LE AZIENDE USL, LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE OVVERO PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE, LE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE APPOSITAMENTE AUTORIZZATE, LE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI APPOSITAMENTE AUTORIZZATE.

DOMANDA DI AMMISSIONE:

La domanda di ammissione al corso, redatta su apposito “modulo di domanda A” allegata al presente avviso, debitamente compilata e sottoscritta dall'interessato, deve essere indirizzata al Commissario Straordinario della ASL di Avezzano/Sulmona, Via XX Settembre, n. 27 – 67051 Avezzano.

Alla domanda di ammissione dovranno essere allegate tutte le certificazioni attestanti il servizio prestato ed eventuali altri titoli di cui si chiede la valutazione, ovvero, nei casi previsti dalla legge, le relative dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 è sottoscritta dall'interessato e trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

La domanda dovrà pervenire all'Ufficio Protocollo Generale della ASL entro e non oltre le ore 12,00 del 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente bando sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.)*. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo. Si considerano prodotte in tempo utile quelle domande spedite a mezzo racco-

mandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato (a tal fine farà fede il timbro postale).

Nel caso in cui le richieste di ammissione dovessero essere eccedenti rispetto al numero di partecipanti prefissato si procederà alla compilazione di una graduatoria sulla base dei titoli posseduti, secondo i criteri individuati al punto 3 del documento allegato alla delibera di G.R. n. 441/09, di seguito riportati:

- a) punteggio riportato nell'esame finale per il conseguimento dell'attestato di operatore socio-sanitario (max punti 50)
- b) anzianità di servizio, calcolata computando 0,5 punti per mese o frazione superiore a giorni 15 di servizio prestato a tempo indeterminato, esclusivamente col profilo professionale di operatore socio-sanitario, presso le Aziende USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate (max punti 50)

A parità di punteggio l'ammissione al corso avviene in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane d'età.

DURATA DEL CORSO ED ORGANIZZAZIONE DIDATTICA

I moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria hanno lo scopo di sviluppare le competenze dell'Operatore Socio-Sanitario in ambito sanitario, al fine di consentire a tale figura di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere le attività assistenziali di cui all'allegato A) dell'accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e

delle politiche Sociali, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 16.01.2003 per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore Socio-Sanitario.

I corsi hanno durata complessiva di 400 ore, di cui 180 ore di teoria, 20 di esercitazioni in aula e 200 ore di tirocinio pratico.

Le 180 ore di formazione teorica si suddividono in tre aree distinte di insegnamento:

- a) area istituzionale e legislativa (30 ore);
- b) area relazionale (30 ore);
- c) area igienico-sanitaria e tecnico-operativa (120 ore).

La frequenza del corso è obbligatoria e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano riportato un numero di assenze superiori al 10% del monte ore previsto con riferimento a ciascuna singola fase in cui si articola l'iter formativo (parte teorica, esercitazioni, tirocinio).

Al termine del corso i discenti sono sottoposti ad un esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, all'esito positivo del quale verrà rilasciato uno specifico attestato di "Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria".

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Polo Formativo di Avezzano o di Sulmona, dalle ore 10,30 alle ore 12,30 dal lunedì al venerdì o consultare il sito Internet www.aslavezzano.it

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Giancarlo Silveri

Segue Allegato

"MODULO DI DOMANDA A"

**AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
ASL 01 AVEZZANO-SULMONA
VIA XX SETTEMBRE, N. 27
67051 – AVEZZANO –**

__I__ sottoscritt _____ chiede di essere ammessa a partecipare al Corso di Formazione – anno 2010 – per il conseguimento dell’attestato di qualifica di OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA” di cui all’Avviso Pubblico indetto da codesta ASL con deliberazione del Commissario Straordinario n. 18 del 29.10.2009, pubblicato sul BURA n. ____ del _____, presso il Polo Formativo della ASL Avezzano/Sulmona sede di: _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 44/2000 (*barrare la casella che interessa*):

- di chiamarsi _____
- di essere nat_ a _____ Prov. _____ il _____
- di essere residente a _____
c.a.p. _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____
- di essere in possesso della cittadinanza _____
- di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____
Prov.,
ovvero
- di non essere iscritt_ nelle liste elettorali per i seguenti motivi: _____

- Ovvero – per i cittadini dell’Unione Europea:
- di godere dei diritti politici e civili del seguente stato di appartenenza:
_____;
- di non aver riportato condanne penali;
ovvero
- di aver riportato le seguenti condanne penali: _____

- di essere in possesso del titolo di Operatore Socio Sanitario conseguito presso _____
nell’a.f. _____ con votazione _____;
- di essere in servizio presso _____
U.O. _____

ed inquadrato nel profilo professionale di Operatore Socio Sanitario con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dal _____;

di avere la seguente anzianità di servizio nella qualifica di **Operatore Tecnico addetto all’Assistenza**:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per n. ___ ore sett.li
presso _____

° di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/1996 e che, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 è sottoscritta dall'interessato e trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore;

° di allegare:

° di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____
Via _____ n. _____
Città _____ Prov. _____
Tel. _____

_____, li _____

Firma
