

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2  
LANCIANO-VASTO-CHIETI  
VIA MARTIRI LANCIANESI N. 17/19  
66100 CHIETI (CH)

**Avviso di pubblica selezione per l'ammissione al modulo di formazione complementare per il conseguimento del titolo di "OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA" per n° 3 Moduli (90 posti).**

In esecuzione della deliberazione della Giunta Regionale Abruzzo n. 1326 del 10 dicembre 2010 è indetta una pubblica selezione per l'ammissione ai 3 (tre) moduli di Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario secondo le procedure indicate dalla richiamata delibera G.R.A. n° 1326/2010 per l'anno formativo 2011 per n. 90 (novanta) posti disponibili complessivi.

**REQUISITI PER L'AMMISSIONE**

Possono presentare domanda tutti coloro (ivi compresi i cittadini dei paesi della U.E. ed i cittadini dei paesi extracomunitari) che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- a) possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), di cui all'art. 12 dell'Accordo intervenuto il 22/02/2001 (repertorio atti n. 1161) – in sede di Conferenza Stato - Regioni tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione;
- b) inquadramento, alla scadenza del presente bando, nel relativo profilo professionale (O.S.S.) in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso le ASL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziale appositamente autorizzate.

**CRITERI SELETTIVI**

Nel caso in cui le richieste di ammissione

dovessero eccedere rispetto al numero di partecipanti prefissato per ogni singolo modulo, si procederà alla compilazione di una specifica graduatoria sulla base dei seguenti criteri:

- 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 con il profilo professionale di operatore socio-sanitario, presso le ASL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziale appositamente autorizzate (max 50 punti).

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

**DOMANDE E SCADENZA DEL BANDO**

La domanda di ammissione al corso, redatta in carta libera su apposito modulo fornito da questa ASL, debitamente sottoscritta dall'interessato, rivolta alla Direzione Generale – ASL Lanciano-Vasto-Chieti - Via Martiri Lancianesi n° 17/19, **dovrà essere inviata, esclusivamente a mezzo raccomandata, indirizzata alla ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti – Via Spaventa, 37 – 66034 Lanciano,** entro e non oltre le ore 12 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Si considerano prodotte in tempo utile le domande spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine suddetto. A tal fine farà fede il timbro dell'Ufficio postale accettato

Se il termine di presentazione della domanda dovesse coincidere con il giorno festivo, il suddetto termine deve intendersi posticipato al primo giorno feriale successivo.

Alla domanda deve essere allegata copia fronte retro in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.

La domanda incompleta relativamente ai dati anagrafici e ai requisiti di ammissione e alla

firma in calce alla domanda sarà motivo di esclusione.

Per garantire una corretta valutazione dei titoli occorre obbligatoriamente allegare alla domanda debitamente compilata copia dei seguenti documenti:

- Attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario riportante l'esito della valutazione finale;
- Certificato di servizio prestato, contenente l'esatta denominazione e l'indirizzo dell'Ente presso il quale è stato prestato, la posizione funzionale (qualifica), il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno o parziale con relativa percentuale), il periodo di servizio effettuato nonché le eventuali interruzioni.

Le dichiarazioni rese dall'aspirante ai sensi e per gli effetti della L. 445 del 28/12/2000 art.76 sono finalizzate alle procedure di formulazione della graduatoria e relativa ammissione al corso, e devono pertanto riportare tutti gli elementi e le informazioni necessarie in tal senso. L'Azienda procederà, d'ufficio, alla verifica delle autocertificazioni prodotte con obbligo di esclusione dalla graduatoria e anche di denuncia, ove previsto, in caso di difformità tra situazione dichiarata e situazione effettivamente accertata.

Per i dipendenti dell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti il riscontro della valutazione del servizio prestato alle dipendenze dell'ASL sarà fatto d'ufficio (gli aspiranti sono esonerati dal produrre il certificato di servizio).

Con apposito avviso che sarà affisso in data 30/6/2011 presso l'Albo Ufficiale aziendale sarà reso pubblico l'elenco dei candidati ammessi.

Il corso ha la durata di 400 ore così articolate:

- 180 ore di formazione teorica;
- 20 ore di esercitazioni in aula;
- 200 ore di tirocinio guidato nei servizi previsti dal curriculum formativo.

La frequenza è obbligatoria.

A coloro che supereranno l'esame finale sarà rilasciato l'Attestato di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria secondo il modello disposto dalla

Regione Abruzzo.

L'ammissione all'esame finale è disposta dal collegio dei docenti ed è subordinata al raggiungimento della sufficienza in tutte le valutazioni previste ed alla regolare frequenza di tutte le attività formative.

L'A.S.L. qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità si riserva la facoltà di modificare o revocare il presente avviso.

Per quanto non specificamente indicato nel presente avviso si fa riferimento alle disposizioni già impartite dalla Regione Abruzzo con delibera G.R.A. 639 del 23 agosto 2010.

Ogni eventuale ed ulteriore chiarimento o informazione rivolgersi ai seguenti numeri telefonici - dalle ore 11.00 alle ore 14.00 -:

**0872 – 706564 / 0872 – 706560** (Ufficio Formazione)

**E-mail:** [ufficioformazione@asllancianovasto.it](mailto:ufficioformazione@asllancianovasto.it)

Il presente bando, compresi lo schema di domanda e gli allegati A e B, è a disposizione sul sito web aziendale: <http://www.asl2abruzzo.it/>

IL DIRETTORE GENERALE  
A.S.L. LANCIANO-VASTO-CHIETI  
(**Prof. Francesco Nicola Zavattaro**)

ALLEGATI:

- 1) Facsimile Domanda ammissione Corso di formazione complementare per O.S.S.- Anno 2010 (Allegato A)
- 2) Facsimile modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato B)
- 3) Facsimile modello di dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Allegato C)

**AVVISO di BANDO PUBBLICATO SUL B.U.R.A. – Speciale Concorsi – n° 14 del 18/2/2011**

**TERMINE ULTIMO di PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

**ore 12 del 20 marzo 2011.**

*Seguono Allegati*

Allegato A

Schema di domanda ammissione Corso di FORMAZIONE COMPLEMENTARE  
per O.S.S.- Anno 2011

Alla Direzione Generale  
A.S.L.LANCIANO-VASTO-CHIETI  
Via Martiri Lancianesi n. 17/19  
66100 CHIETI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione indetta con Delibera n°  
1326 del 10/12/2010 del Direttore Generale della ASL Lanciano-  
Vasto-Chieti per l'ammissione al corso di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76  
D.P.R. n. 445/2000 in merito alle responsabilità penali per  
false o mendaci dichiarazioni, consapevole delle  
responsabilità anche penali conseguenti a dichiarazioni false,

DICHIARA

1) di essere nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

2) di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

3) di essere cittadino \_\_\_\_\_

4) di essere in regola con le norme vigenti previste dalla  
disciplina sull'immigrazione e sulla condizione dello  
straniero (per i cittadini stranieri)

5) di essere in possesso dell'attestato di qualifica di  
Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), rilasciato da  
(specificare) \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (data di conseguimento dell'attestato)

6) di essere inquadrato nel profilo professionale di Operatore  
Socio Sanitario in servizio con rapporto di lavoro a tempo  
indeterminato presso le ASL, le strutture sanitarie private  
accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture  
socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-  
assistenziale appositamente autorizzate;

7) di avere prestato servizio nel profilo professionale di Operatore Socio Sanitario presso le ASL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziale appositamente autorizzate;

8) di autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della L. 196/93 e comunque ai fini della gestione della presente procedura di avviso.

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

Sig/Sig.ra

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(TEL. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)  
Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Allegato B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI CERTIFICAZIONE**  
 ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_  
 (Cognome e nome)

in riferimento al bando per l'ammissione al corso annuale di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatori Socio-sanitari ai fini del conseguimento dell'attestato di qualifica di **"OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMETARE"**, consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARA

1. di essere in possesso della Attestato di qualifica di Operatore Socio-Sanitario, conseguito in data   /  /   presso \_\_\_\_\_ con sede nella città di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

2. di essere inquadrato nel profilo professionale di Operatore Socio Sanitario in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso la sotto indicata struttura:

A.S.L. \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria privata accreditata ovvero provvisoriamente accreditata \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria privata accreditata ovvero provvisoriamente accreditata \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria privata accreditata ovvero provvisoriamente accreditata \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data,   /  /  

\_\_\_\_\_  
 Firma

N.B.: allegare copia fotostatica documento di riconoscimento



__/__/__	__/__/__	_____	_____
		Città	via
__/__/__	__/__/__	_____	_____
		Città	via

N.B.: allegare copia fotostatica documento di riconoscimento.  
Nel caso il rapporto di lavoro perduri all'atto della domanda,  
nello spazio riservato al termine va indicato "a tutt'oggi".

- indicare se a tempo pieno (36 ore settimanali) o se a part-time (con indicazione orario effettuato); indicare eventuali interruzioni per aspettative senza assegni. Dichiarare altresì se ricorrono o meno le condizioni di cui all'art. 46 D.P.R. n. 761/79.

Data, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_ firma