

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 1  
AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA  
VIA G. BELLISARI, 67100 - L'AQUILA (AQ)

**Graduatoria del Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico – Disciplina di Otorinolaringoiatra.**

Ai sensi dell'art. 18 - comma 6 - del D.P.R. 483/97, si comunica la graduatoria del Concorso Pubblico, per titoli ed esami, a n. 1 posto di Dirigente Medico – Disciplina di Oftalmologia – giusta atti n. 136/AQ del 09.12.2009 e n. 2151 del 30.12.2010.

1.	CORRIDORE Vincenzo	punti	80,824	su	100
2.	DAIDONE Mario	punti	78,85	su	100
3.	AUTIERO CELIDONIO Benedetta	punti	76,32	su	100
4.	IZZO Riccardo	punti	75,25	su	100
5.	GALLA Stefania	punti	74,65	su	100
6.	ALFONSI Anna Rita	punti	73,88	su	100
7.	LEONE Olga	punti	72,833	su	100
8.	LA GAMMA Raffaella	punti	72,01	su	100
9.	STICOZZI Leonardo	punti	70,05	su	100
10.	IACOMINO Enzo	punti	68,35	su	100
11.	CARGINI Pasqualino	punti	66,05	su	100
12.	RENCRICCA Antonio	punti	64,50	su	100

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Giancarlo Silveri)

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

**Avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "OPERATORE SOCIO SANITARIO".**

**ANNO FORMATIVO 2011**

Ai sensi dell'Accordo tra il Ministro della

Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, di cui al provvedimento del 22-02-01, che ha individuato la figura e il relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario, in esecuzione delle delibere della Giunta Regionale Abruzzo n°151 del 22.03.02, n°374 del 29.05.2002, n°618 del 09.08.2010 e della Delibera del Direttore Generale n° 1325 del 10/12/2010 è indetto avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di **"OPERATORE SOCIO-SANITARIO"**.

Il corso si terrà presso la sede formativa del Polo Universitario di Chieti (già accreditata per i corsi di Infermiere), del Polo Universitario di Vasto (già accreditata per i corsi di Infermiere) e presso la sede formativa del presidio ospedaliero di Lanciano (individuata con atto del Consiglio Regionale n° 86/4 del 14 dicembre 1993 per lo svolgimento dei corsi di Operatore Tecnico addetto all'assistenza) ed è diretto per l'anno 2011 alla formazione di **180** (centottanta) Operatori Socio Sanitari, articolato in n°6 Sezioni di 30 posti. La scelta della sede sarà svolta sulla base della posizione in graduatoria e dei posti disponibili.

**REQUISITI di AMMISSIONE**

Per l'ammissione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- A.) Titolo di studio: Diploma di Scuola dell'obbligo
- B.) Compimento del diciassettesimo anno di età alla data d'iscrizione al corso

La mancanza di uno solo dei requisiti prescritti comporta l'esclusione dalla selezione per l'ammissione al corso.

Per l'accertamento dei titoli conseguiti nei paesi della Comunità Europea dovrà essere prodotto a cura dell'interessato il titolo di studio richiesto al Corso corredato di traduzioni in lingua Italiana integrato dalla Dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autentica, rilasciata dalla rappresentanza diplomatica o consolare competente.

Per l'accertamento dei titoli conseguiti nei

paesi extracomunitari dovrà essere prodotto a cura dell'interessato il titolo di studio richiesto per l'accesso al corso corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autentica, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio del paese di origine.

#### **DOMANDA di AMMISSIONE:**

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 accettante

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

Qualora il numero degli aspiranti sia superiore a quello dei posti disponibili, si procederà alla compilazione di una graduatoria sulla base dei titoli posseduti ripartiti secondo i criteri indicati nelle Linee Guida Regionali approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n°151 del 22.03.02 e successive modificazioni ed integrazioni.

La graduatoria sarà predisposta sulla base della valutazione riportata in occasione dell'esame finale per il conseguimento del Diploma di Istruzione Secondaria di Secondo Grado e sulla base dell'anzianità di servizio prestato, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di Operatore Tecnico Addetto all'assistenza e/o nel profilo professionale di Ausiliario Specializzato presso le A.S.L., le Strutture Sanitarie Private Accreditate o provvisoriamente accreditate, le Strutture

Sanitarie appositamente autorizzate, le Strutture Socio-Assistenziali appositamente autorizzate.

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

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la loro personale responsabilità, consapevoli delle pene stabilite per false certificazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 quanto segue:

- a) nome e cognome;
- b) luogo e data di nascita;
- c) la cittadinanza italiana o altra;
- d) la residenza;
- e) dichiarazione compimento 17° anno di età alla data di iscrizione al corso;
- f) dichiarazione di possesso di Scuola dell'obbligo;
- g) dichiarazione eventuale possesso Diploma di Scuola di Istruzione Secondaria di 2° Grado e della valutazione riportata in occasione dell'esame finale;
- h) dichiarazione attestante l'avvenuto versamento di € 20,00 per contributo spese corso;
- i) dichiarazione eventuale servizio svolto, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza e/o di Ausiliario Specializzato;
- j) dichiarazione autorizzazione trattamento dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

#### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (obbligatoriamente):**

- 1) Certificazione attestante eventuale servizio prestato, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di Operatore Tecnico Addetto all'assistenza e/o nel profilo professionale di Ausiliario Specializzato presso le A.S.L., le Strutture Sanitarie Private Accreditate o provvisoriamente accreditate, le Strutture Sanitarie appositamente autorizzate, le Strutture Socio-Assistenziali appositamente autorizzate;

- 2) Certificazione attestante il possesso del Diploma di Istruzione Secondaria di 1° Grado o, in mancanza, certificazione attestante il possesso della Licenza Elementare conseguita entro l'anno scolastico 62/63;
- 3) Certificazione attestante il possesso del Diploma di Istruzione Secondaria di 2° Grado con la specifica della votazione conseguita;
- 4) Ricevuta del versamento della somma di € 20,00 (venti/00) a titolo di rimborso spese, non rimborsabile, da effettuarsi con bonifico bancario sul conto corrente della Tesoreria della ASL Lanciano-Vasto-Chieti (coordinate IBAN n. IT18J055501550000000549294) con causale "contributo spese corso OSS 2011". Le somme introitate a titolo di contributo spese non rimborsabili sono destinate alle esigenze dell'attività didattica inerenti lo svolgimento dei corsi;
- 5) Fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità, pena esclusione.

In alternativa, ai sensi di quanto disposto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 455/2000, il candidato può procedere all'autocertificazione della documentazione richiesta nei punti 1-2-3 utilizzando i modelli "allegato B" e "allegato C" al presente bando. Alle dichiarazioni di autocertificazione, sottoscritte dal candidato, dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro di un documento di riconoscimento, in corso di validità, provvisto di fotografia e rilasciato dall'Amministrazione di Stato. Le dichiarazioni, per poter produrre gli stessi effetti delle relative certificazioni, devono contenere tutte le indicazioni previste dai documenti originali. Nella dichiarazione di autocertificazione degli eventuali servizi prestati il candidato dovrà specificare se gli stessi sono stati svolti a tempo pieno (36 ore settimanali) o part-time (indicare l'orario svolto) e se hanno subito eventuali interruzioni per concessioni di aspettative senza assegni con conservazione del posto, nonché se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46 D.P.R. n. 761/79.

A mente dell'articolo 71 del D.P.R.

445/2000 l'Azienda procederà ad appositi controlli e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità della summenzionate dichiarazioni sostitutive.

La domanda di ammissione dovrà essere sottoscritta in calce dal candidato. La mancata firma ne determinerà l'esclusione.

L'ammissione definitiva al corso avviene previo accertamento medico di idoneità allo svolgimento delle funzioni previste dal profilo professionale di Operatore Socio-Sanitario. Tale certificazione redatta, prima dell'inizio del corso, dall'Autorità Sanitaria competente è a carico dell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti. Gli studenti dovranno essere sottoposti alle vaccinazioni previste dalle vigenti disposizioni di Legge.

#### **PROGRAMMA di STUDIO:**

Il corso ha la durata di un anno, per un numero di 1.000 ore, avrà inizio per il corrente anno formativo entro il mese di Gennaio 2011 e terminerà entro il mese di Dicembre 2011.

Esso si articola in due moduli didattici:

- a) un modulo di base, destinato a fornire un tipo di formazione teorica –basilare, per un numero di 200 ore;
- b) un modulo professionalizzante, che prevede formazione teorica, per un numero di 250 ore, esercitazioni/stages, per un numero di 100 ore, e tirocinio, per un numero di 450 ore.

La frequenza ai corsi è obbligatoria e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano riportato un numero di assenze superiore al 10% del monte ore previsto con riferimento a ciascuna singola fase in cui si articola l'iter formativo (parte teorica, esercitazioni/stages, tirocinio). Agli ammessi al corso, in possesso dei titoli previsti dall'art.11 delle Linee Guida di cui alla Deliberazione della G.R.A. n° 151/02, debitamente certificati saranno attribuiti crediti formativi ai fini della personalizzazione e riduzione della durata del corso.

Il tirocinio è la modalità di apprendimento delle competenze professionali attraverso la sperimentazione pratica e l'integrazione dei contenuti teorici con la prassi professionale e

organizzativa. Lo svolgimento del tirocinio avviene nei seguenti ambiti:

- Servizi sanitario per un monte ore pari a 200;
- Servizi sociali per un monte ore pari a 100;
- Servizi socio-sanitari per un monte ore pari a 150.

Le materie di insegnamento del corso di Operatore Socio-Sanitario sono articolate nelle seguenti aree disciplinari, per le quali si prevede un monte ore complessivo di formazione teorica pari a quello specificato per ciascuna area:

- Area socio-culturale, istituzionale e legislativa (90 ore);
- Area psicologica e sociale (100 ore);
- Area Igienico Sanitaria (130 ore);
- Area Tecnico Operativa (130 ore);

Il corso si conclude con un esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, per il conseguimento del relativo Attestato di Qualifica.

Agli allievi che supereranno le citate prove d'esame è rilasciato Attestato di Qualifica valido su tutto il territorio nazionale.

Ai sensi dell'Art.10 , comma 1, della L.196/2003 e del D.Lgs. 135/99 i dati forniti dal candidato saranno raccolti presso l'Azienda ASL Lanciano-Vasto-Chieti per le finalità di gestione del corso di formazione in esame. La presentazione delle domande di ammissione da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'Ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per l'ammissione alle procedure selettive.

#### **NORMA FINALE**

L'Amministrazione dell'Azienda USL LANCIANO-VASTO-CHIETI non assume alcuna responsabilità nel caso di irreperibilità del destinatario e per dispersione di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione di cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda. La stessa Amministrazione, inoltre, non assume alcuna

responsabilità per eventuale mancato o tardivo recapito di comunicazioni inerenti alla selezione per causa ad essa non imputabili, ma a disguidi postali o telegrafici, a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Per tutto quanto non contemplato nel presente avviso si fa riferimento a quanto disposto con le delibere della Giunta Regionale d'Abruzzo n°151 del 22.03.02, n°374 del 29.05.2002 e n°440 del 10.08.2009 e con l'Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22.02.01 (G.U. n°91 del 19.11.01).

Per 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@aslancianovasto.it](mailto:ufficioformazione@aslancianovasto.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 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

Facsimile - Domanda ammissione Corso di formazione per O.S.S.-  
Anno 2011

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

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

## CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione per Operatore Socio Sanitario - anno 2011, per il conseguimento dell'Attestato di Qualifica per Operatore Socio Sanitario, indetto da codesta ASL con deliberazione n° 1325 del 10.12.2010. 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, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2) di essere di sesso [M] [F]
- 3) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_
- 4) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ (TEL. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_
- 5) di aver compiuto il diciassettesimo anno di età;
- 6) di essere in possesso del Diploma di Istruzione di 1° grado o della Licenza Elementare conseguita entro l'anno scolastico 62/63 (depennare la voce che non interessa)<sup>a</sup>;
- 7) di essere/non essere (depennare la voce che non interessa) in possesso del Diploma di istruzione di secondo grado;
- 8) di aver provveduto al versamento della somma di € 20,00 (venti/00) a titolo di rimborso spese, non rimborsabile, da effettuarsi con bonifico bancario sul conto corrente della Tesoreria della ASL Lanciano-Vasto-Chieti allegando alla presente bollettino di versamento;
- 9) di aver prestato/non aver prestato (depennare la voce che non interessa) servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di Operatore Tecnico Addetto all'assistenza e/o nel profilo professionale di Ausiliario Specializzato presso le A.S.L., le Strutture Sanitarie Private Accreditate o provvisoriamente accreditate, le Strutture Sanitarie appositamente autorizzate, le Strutture Socio-Assistenziali appositamente autorizzate;
- 10) 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.

<sup>a</sup> In caso di titoli conseguiti presso istituzioni scolastiche straniere dovrà essere indicato il possesso della dichiarazione di equipollenza rilasciata da un provveditore agli studi o, in assenza di detta dichiarazione, il candidato dovrà indicare il decreto di riconoscimento del titolo stesso.

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 per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "OPERATORE SOCIO-SANITARIO", 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 Diploma di Istruzione Secondaria di 1° Grado, conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso la Scuola Media \_\_\_\_\_ con sede nella città di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ovvero

2. di essere in possesso della Licenza Elementare, conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ anno scolastico \_\_\_/\_\_\_ presso la Scuola Elementare \_\_\_\_\_ con sede nella città di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

3. di essere/non essere (depenare la voce che non interessa) in possesso del Diploma di Istruzione Secondaria di 2° Grado, conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_ con sede nella città di \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ con votazione finale di \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Firma

## Allegato C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

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

in riferimento al bando per l'ammissione al corso annuale di formazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "OPERATORE SOCIO-SANITARIO", 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. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

## DICHIARA

- di prestare/aver prestato servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di OTA presso le A.S.L., le Strutture Sanitarie Private Accreditate o provvisoriamente accreditate, le Strutture Sanitarie appositamente autorizzate, le Strutture Socio-Assistenziali appositamente autorizzate come di seguito meglio specificato:

dal	al	ASL/Struttura	Tipo rapporto*
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	

- di prestare/aver prestato servizio, \_\_\_\_\_, nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ presso le A.S.L., le Strutture Sanitarie Private Accreditate o provvisoriamente accreditate, le Strutture Sanitarie appositamente autorizzate, le Strutture Socio-Assistenziali appositamente autorizzate come di seguito meglio specificato:

dal	al	ASL/Struttura	Tipo rapporto*
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	
__/__/__	__/__/__	_____	
		Città via	
__/__/__	__/__/__	_____	
		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