



REGIONE ABRUZZO  
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI  
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti  
C.F. e P. Iva [02307130696](https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/consultazioni/02307130696)

## **Avviso pubblico per le iscrizioni al Corso di FORMAZIONE COMPLEMENTARE di Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario -Anno Scolastico 2012**

(BURA Speciale Concorsi n. 56 del 8/8/2012 )

**Scade il 07 SETTEMBRE 2012**

In esecuzione alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 733 del 07.11.2011 e n. 617 del 12.09.2011 e della deliberazione del Direttore Generale della AUSL di Lanciano-Vasto-Chieti n. 822 del 18.6.2011 è indetto avviso pubblico per l'ammissione al **Corso di Formazione Complementare di Assistenza Sanitaria per Operatore Socio-Sanitario, anno scolastico 2012**, per il conseguimento del relativo attestato di qualifica. Per **n. 100 unità**

Il corso, che si svolgerà presso l'Azienda U.S.L. presso le Sedi Lanciano-Vasto e Chieti, ciascuna sezione non potrà attivarsi se il numero dei candidati sarà inferiore a 15 unità. Nella domanda di ammissione al corso gli aspiranti dovranno indicare la Sede presso la quale intende frequentare il corso. Se in una delle tre sedi gli ammessi al corso dovessero essere in esubero rispetto al numero delle unità sopraindicate, l'assegnazione della sede avverrà d'ufficio, secondo l'ordine e nel rispetto della graduatoria. **Qualora il numero dei candidati ammessi e iscritti al corso non dovesse essere quello previsto, il corso sarà attivato presso la sede verso cui le indicazioni di preferenza risultassero in numero maggiore;**

### **Punto 1**

#### **REQUISITI DI AMMISSIONE**

Al corso possono partecipare solo i soggetti che hanno già conseguito il titolo di Operatore Socio Sanitario e che prestano 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.

**Punto 2**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di ammissione al corso, redatta esclusivamente utilizzando lo schema predisposto in allegato (*Allegato A*), dovrà essere indirizzata al **Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Lanciano-Vasto-Chieti -Via Martiri Lancianesi, 17 - U.O.C. Sistemi Direzionali – 66100 CHIETI.**

La domanda e la documentazione allegata dovranno essere spedite, tramite servizio postale, **a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno**; oppure **consegnata a mano** in busta aperta presso **l'Ufficio Protocollo - Via Martiri Lancianesi, 17- 66100 CHIETI dal lunedì a venerdì orario: 11:00/13:00; martedì e giovedì orario:15:30/17:00.** Farà fede il timbro postale o il timbro di ricezione

**Per ogni altra forma di presentazione o trasmissione è prevista l'esclusione.**

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione dalla selezione di ammissione al corso, entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. All'uopo fa fede il timbro postale di invio.

Nella domanda di ammissione il dichiarante dovrà indicare, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e sotto la propria responsabilità:

- a) il cognome e il nome;
- b) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- c) la cittadinanza;
- d) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- e) il possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario
- f) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione (questa Azienda USL non assume alcuna responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito fornito o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore);
- g) il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

**Alla domanda di ammissione va allegata la fotocopia fronte retro di un documento di identità personale in corso di validità, pena l'esclusione.**

La domanda di ammissione dovrà essere sottoscritta in calce dal candidato.

La mancata firma ne determinerà l'esclusione.

**Punto 3**  
**FORMULAZIONE GRADUATORIA**

Qualora il numero delle domande di ammissione sia superiore a quello dei posti disponibili, si procederà alla formulazione di una graduatoria sulla base dei seguenti criteri:

**A) Voto riportato nell'esame finale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di**

**Operatore Socio Sanitario**

**max punti 50;**

con votazione fino 70	<b>punti</b>	<b>20</b>
con votazione da 71 a 80	<b>punti</b>	<b>30</b>
con votazione da 81 a 90	<b>punti</b>	<b>40</b>
con votazione da 91 a 100	<b>punti</b>	<b>50</b>

**B) Titoli di servizio**

**max punti 50.**

---

**b.1) servizio prestato a tempo indeterminato in qualità di Operatore Socio Sanitario punti 0,50** per mese o frazione superiore a 15 giorni presso le Aziende USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate;

**b.2) servizio prestato a tempo indeterminato con inquadramento in qualifiche/profili diversi da quella di Operatore Socio Sanitario punti 0,30** per mese o frazione superiore a 15 giorni presso le Aziende USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-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.

**Ai fini della valutazione dei titoli posseduti, dovranno essere allegati alla domanda:**

1. Ai sensi del D.P.R. 445/2000, una dichiarazione sostitutiva di certificazione, redatta utilizzando lo schema in allegato, **Allegato B**, in cui dovrà essere indicato:
  - a) il possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario;
  - b) la struttura presso la quale il titolo è stato conseguito e il relativo indirizzo;
  - c) l'anno di conseguimento;
  - d) la votazione finale.

**Unitamente alla dichiarazione sostitutiva di certificazione è opportuno allegare la fotocopia dell'attestato di qualifica conseguita e documento attestante voto finale riportato.**

2. Ai sensi del D.P.R. 445/2000, una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, redatta utilizzando lo schema in allegato, **Allegato C**, in cui dovranno essere indicati:
  - a) i servizi prestati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
  - b) la struttura presso la quale il servizio è stato prestato (strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate) e il relativo indirizzo;
  - c) il periodo durante il quale il servizio è stato prestato.

Per una corretta e puntuale valutazione dei titoli di servizio autocertificati, **è opportuno allegare copia dei certificati attestanti il servizio dichiarato** (ad esempio: certificato rilasciato dall'Ente in cui si presta servizio) quale base documentale per una migliore valutazione tecnica.

A mente dell'Art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 l'Azienda procederà ad appositi controlli e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle summenzionate dichiarazioni sostitutive.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle autocertificazioni, il candidato decade automaticamente dall'eventuale ammissione ottenuta e da tutti gli altri benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, ferme restando le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

**Non è ammessa la produzione dei documenti dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione se non specificatamente richiesti con raccomandata ed in casi controversi.**

Se entro 20 giorni dalla data di convocazione degli ammessi al corso ci dovessero essere rinunce, si procederà allo scorrimento della graduatoria.

**NON ALLEGARE ALLA DOMANDA DOCUMENTI NON RICHIESTI NÉ LA COPIA DEL PRESENTE BANDO**

**NON SARANNO CONSIDERATE:** contestazioni tardive o comunque pervenute dopo 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.

#### **Punto 4**

#### **DURATA DEL CORSO E ORGANIZZAZIONE DIDATTICA**

Il corso ha durata complessiva di 400 ore.

Esso si articola in due moduli didattici:

- a) un modulo di formazione teorica (180 ore) diviso in tre aree di insegnamento: -area istituzionale e legislativa (30 ore)-area relazionale (30 ore)-area igienico-sanitaria e tecnico operativa (120 ore)
- b) un modulo di formazione pratica che prevede: -esercitazioni in aula, per un numero di 20 ore;- tirocinio pratico, per un numero di 200 ore

**Il tirocinio non può configurarsi come sostitutivo delle attività lavorative del personale e sarà svolto esclusivamente presso la Sede di assegnazione.**

**La frequenza al 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, esercitazione, tirocinio).

Il corso si conclude con l'esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria".

La valutazione di ciascuna prova d'esame è espressa in centesimi. Il punteggio minimo per ciascuna delle due prove, ai fini del conseguimento dell'attestato di qualifica, è di 60 su 100. Il voto complessivo è dato dalla media dei voti conseguiti per ciascuna delle due prove.

Per quanto non contemplato nel presente avviso si fa riferimento alle Linee Guida Regionali approvate con delibera Giunta Regionale d'Abruzzo n. 441 del 10.08.2009.e n. 733 del 7.11.2011

**Punto 5**  
**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso codesta Azienda per le finalità di gestione della selezione di ammissione al corso e saranno utilizzati anche successivamente all'eventuale ammissione al corso, per le finalità inerenti la gestione del corso stesso.

**Punto 6**  
**PUBBLICAZIONI**

Il testo del presente bando, il modello per la predisposizione della domanda di ammissione e i relativi allegati sono disponibili sul seguente sito internet:

**[www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)**

La graduatoria sarà resa nota unicamente tramite pubblicazione sul seguente sito internet:

**[www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)**

La data di convocazione degli ammessi al Corso di Formazione Complementare di Assistenza Sanitaria per Operatori Socio Sanitari, anno 2012 sarà resa nota con modalità dirette.

**NON SARANNO DATE INFORMAZIONI TELEFONICAMENTE** ma esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:

**[sistemi.direzionali@asl2abruzzo.it](mailto:sistemi.direzionali@asl2abruzzo.it)**

**LE INFORMAZIONI UTILI SI POSSONO ACQUISIRE VISITANDO IL SEGUENTE SITO INTERNET OPPORTUNAMENTE AGGIORNATO:**

**[www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)**

F.to    IL DIRETTORE GENERALE

Dott.. Francesco Nicola Zavattaro

**Allegato A**

Facsimile - Domanda ammissione **Corso di Formazione COMPLEMENTARE per O.S.S.- Anno 2012.**

Alla Direzione Generale  
A.S.L.LANCIANO-VASTO-CHIETI  
U.O.C. SISTEMI DIREZIONALI  
Via Martiri Lancianesi n. 17/19  
66100 CHIETI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al Corso annuale di formazione per Operatore Socio Sanitario **Formazione Complementare** - anno 2012, per il conseguimento dell'Attestato di Qualifica per Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza sanitaria, indetto da codesta ASL con deliberazione n° 822\_\_ del 18.6.2012\_. 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**

- Di essere consapevole che la Sede Formativa effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;

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

6) 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.

7) di voler frequentare il corso presso la sede di: \_\_\_\_\_

8) di accettare l'assegnazione di altra sede in caso di esubero della sede richiesta;

9) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n,196 del 30.6.2003.

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*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

in riferimento al bando per l'ammissione al corso annuale di formazione anno scolastico 2012, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di **"OPERATORE SOCIO-SANITARIO formazione complementare"**, 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

di essere in possesso dell'Attestato di Qualifica di Operatore Socio Sanitario, conseguito in data

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con votazione finale \_\_\_\_\_ -

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

\_\_\_\_\_  
Firma

N.B.: Allegare copia diploma

Allegare copia fronte retro documento di riconoscimento.

## Allegato C

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

*ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

in riferimento al bando per l'ammissione al corso annuale di formazione anno scolastico 2012, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di **"OPERATORE SOCIO-SANITARIO- formazione Complementare"**, 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 aver prestato servizio in qualità di Operatore Socio Sanitario a tempo indeterminato** presso l'Ente \_\_\_\_\_

sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- **di aver prestato servizio a tempo indeterminato (vedi punto 3 -b2 del bando)** presso

- l'Ente \_\_\_\_\_

- sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- **di aver prestato servizio a tempo indeterminato (vedi punto 3 -b2 del bando)** presso

- l'Ente \_\_\_\_\_

- sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



- di aver prestato servizio a tempo indeterminato (vedi punto 3 –b2 del bando) presso

- l'Ente \_\_\_\_\_

- sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

**n.b. allegare i certificati di servizio**

**N.B.: Allegare copia fotostatica documento di riconoscimento fronte retro. 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.*