

b) titoli di servizio

- servizio prestato in qualità di “Operatore Tecnico Addetto all’Assistenza” **punti 0,50** per mese o frazione superiore a 15 giorni presso le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio sanitarie appositamente autorizzate e le strutture socio assistenziali appositamente autorizzate, rapportato ad un orario di servizio pari a 36 ore settimanali;
- servizio prestato in qualità di Ausiliario Specializzato **punti 0,25** per mese o frazione superiore a giorni 15 presso le strutture di cui sopra, rapportato ad un orario di servizio pari a 36ore settimanali;
- servizio prestato nelle qualifiche/profili che comportano compiti di assistenza al paziente/utente riconducibile a categorie/livelli (A-B-C) **punti da 0,10 a 0,50** per un mese o frazione superiore a giorni 15 presso le strutture di cui sopra come da linee guida Regionali.

Si prega di non allegare documenti non richiesti né la copia del presente bando.

DURATA DEL CORSO ED ORGANIZZAZIONE DIDATTICA

Il corso di formazione ha durata annuale per un numero di 1000 ore, e si articola in due moduli didattici:

- a) un modulo di base, destinato a fornire un tipo di formazione teorica basilare, per 200 ore;
- b) un modulo professionalizzante che prevede formazione teorica per 250 ore, esercitazioni/stage per 100 ore e tirocinio pratico per 450 ore, così come stabilito nel punto 5 delle citate Linee Guida Regionali.

La frequenza al Corso di formazione è obbligatoria e non verranno 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/stage, tirocinio).

Al termine del corso i discenti sono sottoposti ad un esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, per il conseguimento del relativo attestato di “Operatore Socio Sanitario” valido su tutto il territorio nazionale.

• DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di ammissione al corso, deve essere redatta esclusivamente sull’apposito modulo allegato al presente avviso, debitamente compilata e sottoscritta dall’interessato ed indirizzata al Direttore Generale della A.S.L.1 Avezzano-Sulmona-L’Aquila, Via Saragat Loc. Campo di Pile – 67100 L’Aquila.

l’istanza dovrà essere trasmessa con una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata A/R;
- tramite PEC all'indirizzo: protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it;
- consegnata presso gli uffici protocollo della ASL1;

entro il 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 sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo. Per le domande pervenute a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento farà fede il timbro postale.

I requisiti per l’accesso ed eventuali altri titoli per i quali si chiede la valutazione devono essere autocertificati, firmati e datati in ossequio all’ art. 15, comma 1, della legge 12.11.2011, n. 183.

Le dichiarazioni rese nella domanda sotto forma di autocertificazione devono, comunque, contenere tutti gli elementi e le informazioni previste dalle certificazioni che sostituiscono.

La ricevuta, comprovante l'avvenuto pagamento della somma di € 20,00 (venti/00) da versare tramite bonifico - Codice IBAN: IT27X0538703601000000164212 - **Banca Popolare dell'Emilia Romagna sede di L'Aquila** intestato alla ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila specificando la seguente causale:

"Tassa di partecipazione avviso per l'ammissione al corso O.S.S. ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, a.f. 2018" unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento debitamente firmata e datata, dovrà **obbligatoriamente** essere allegata alla domanda, pena l'esclusione dell'istanza prodotta.

Il suddetto importo non sarà in alcun caso rimborsato.

• CANDIDATI AMMESSI

In sede di prima convocazione il candidato dovrà consegnare:

1. Certificato di idoneità psico-fisica rilasciato da struttura sanitaria pubblica;
2. Ricevuta originale di versamento;
3. Titolo di studio autocertificato.

Ciascun candidato **ammesso** a partecipare al corso dovrà versare tramite bonifico intestato a: ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila Codice IBAN: IT27X0538703601000000164212 - **Banca Popolare dell'Emilia Romagna sede di L'Aquila**, causale versamento: "frequenza corso O.S.S. a.f. 2018", una quota pari ad € 500,00 esente IVA ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633/1972, **entro e non oltre dieci giorni lavorativi** dalla data di pubblicazione della graduatoria degli ammessi e consegnarne l'originale in sede di prima convocazione.

Come dettato dalla deliberazione di Giunta Regionale n°802/14, al punto 9.6:

"I candidati ammessi alla partecipazione al corso sono assoggettati ad accertamento medico di idoneità psico-fisica per lo svolgimento delle funzioni specifiche previste dal profilo professionale dell'operatore socio-sanitario. In caso di accertata inidoneità psico-fisica dei candidati utilmente collocati in graduatoria si procede all'esclusione del candidato inidoneo ad al conseguente scorrimento della medesima graduatoria fino a concorrenza del numero dei partecipanti col numero degli studenti previsti per il corso in questione."

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

Le dichiarazioni incomplete o incomprensibili non saranno ritenute valide ai fini della formulazione della graduatoria. L'amministrazione ha la facoltà di svolgere controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ed eventualmente di trasmetterle le risultanze all'autorità competente ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000. Chiunque rilasci dichiarazioni non veritiere o false è punito ai sensi del codice penale e decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

**LA GRADUATORIA FINALE SARÀ PUBBLICATA ESCLUSIVAMENTE SUL SITO
INTERNET DELLA ASL 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA**

www.asl1abruzzo.it

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. non saranno fornite informazioni telefoniche.

Il Direttore Generale
(Dott. Rinaldo Tordera)

SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE

AL DIRETTORE GENERALE
ASL1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA
VIA SARAGAT - LOC. CAMPO DI PILE
67100 L'AQUILA

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di **“Operatore SocioSanitario” a.f. 2018** di cui all'Avviso Pubblico indetto da codesta ASL con deliberazione del Direttore Generale n. 173 del 30/01/2018 pubblicato sul B.U.R.A. n. 17 del 09/02/2018.

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

DICHIARA

- a) di essere nato/a _____
il _____ Prov _____
- b) di risiedere a _____, Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
- c) di essere/non essere iscritto 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 diritto politici e civili del seguente Stato di appartenenza:

- d) di aver/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo specificare quali);
ovvero - di aver riportato le seguenti condanne penali:

- e) di essere in possesso del titolo di studio della scuola dell'obbligo;

f) di essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado conseguito nell'anno scolastico _____ presso l'Istituto _____ con votazione _____

g) di aver prestato i seguenti servizi nella qualifica di **Ausiliario Specializzato**:

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per n. ____ ore sett.li

presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per n. ____ ore sett.li

presso _____

h) di aver prestato i seguenti servizi nella qualifica di **Operatore Tecnico addetto all'Assistenza**:

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per n. ____ ore sett.li

presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per n. ____ ore sett.li

presso _____

i) di aver prestato altri servizi **socio-sanitari** nella qualifica di:

_____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ per n. ____ ore sett.li

presso _____

l) 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 675/1996 – 196/03 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;

m) di allegare:

Data

Firma