

**REGIONE ABRUZZO**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TERAMO**

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'AMMISSIONE AI**  
**MODULI DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE DI ASSISTENZA SANITARIA PER**  
**GLI OPERATORI SOCIO-SANITARI**

**ANNO FORMATIVO 2010**  
(BURA Speciale Concorsi n. 45, dell' 11.11.09)

Ai sensi dell'accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16.01.2003, con il quale si è provveduto a disciplinare la formazione complementare in assistenza sanitaria della figura dell'Operatore socio-sanitario, di cui all'art. 1 , comma 8, del Decreto Legge del 12 novembre 2001, n. 402, convertito con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2002,n. 1, in esecuzione della deliberazione della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 441, del 10 agosto 2009, e della deliberazione del Direttore Generale, n. 1280, del 16 ottobre 2009, è indetto avviso pubblico, per l'ammissione ai moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria per gli operatori socio-sanitari per l'anno formativo 2010.

I corsi, per l'anno formativo 2010, n. due moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria, di due sezioni di 30 unità ciascuna, si terranno presso i Presidi Ospedalieri di Atri, Giulianova, S. Omero o Teramo, da individuare successivamente, in base alla provenienza delle domande.

I corsi sono riservati 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 e le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate.

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di ammissione al corso, redatta su carta semplice (di cui si allega il facsimile), dovrà essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda - Unità Sanitaria Locale di Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa, n. 1.

La domanda e la documentazione allegata devono essere inoltrate esclusivamente a mezzo del servizio pubblico postale, all'indirizzo sopra indicato. E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione.

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione dalla selezione per l'ammissione al corso, entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande stesse si considerano comunque prodotte in tempo utile soltanto se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato e purchè pervengano prima dell'inizio dei lavori della direzione del corso. A tal fine la data

di spedizione delle domande è stabilita e comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

Questa Azienda USL non assume alcuna responsabilità per il caso di dispersione o di tardiva ricezione della domanda dovuti ad eventuali disguidi o ritardi postali.

Gli aspiranti dovranno dichiarare nella domanda, sotto la personale responsabilità e consapevoli delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000:

- a) il cognome, il nome;
- b) la data, il luogo di nascita, la residenza;
- c) il possesso della cittadinanza;
- d) il possesso del titolo di Operatore Socio-sanitario, con indicazione del punteggio riportato nell'esame finale;
- e) i servizi prestati in qualità di Operatore Socio-sanitario presso le USL, le strutture Sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate;
- f) di essere in servizio, in qualità di Operatore socio-sanitario, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso le USL, le strutture Sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate;
- g) il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto essere fatta, ogni necessaria comunicazione; in caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata. Questa azienda USL non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito fornito o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore;
- h) il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini della gestione della presente procedura concorsuale, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;

La domanda di ammissione deve essere firmata in calce dal candidato.

La domanda non sottoscritta dal candidato determinerà l'esclusione dalla selezione per l'ammissione al corso.

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) 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 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 ai moduli avviene in base al criterio dell'età dando precedenza all'aspirante più giovane di età.

## **PROGRAMMA DI STUDIO**

I moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria hanno una 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 distinte aree di insegnamento:

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

Il tirocinio non può configurarsi come sostitutivo delle attività lavorative del personale.

La frequenza dei moduli 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, tirocinio).

In ipotesi di assenze superiori al 10% delle ore complessive, il corso si considera interrotto e la sua eventuale ripresa nel corso successivo avverrà secondo modalità stabilite dal direttore del corso.

Al termine dei moduli i corsisti sono sottoposti ad un esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, all'esito positivo del quale viene rilasciato uno specifico attestato 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 60/100. Il voto complessivo è dato dalla media dei voti conseguiti per ciascuna delle due prove.

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Formazione, Aggiornamento e Qualità (tel. 0861/420256 - 420301 - 420245).

Presso questa Azienda USL sono disponibili i fac simile della domanda di ammissione al modulo.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Mario Molinari**

**PUBBLICATO SUL BURA AL N. 45 SPECIALE CONCORSI DELL' 11 NOVEMBRE 2009**

**SCADENZA 11 DICEMBRE 2009**

ALLA DIREZIONE GENERALE  
DELL'AZIENDA USL DI TERAMO  
Circ. Ragusa, 1  
64100

TERAMO

\_\_\_\_\_l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammess\_\_\_ al modulo di formazione complementare di assistenza sanitaria per gli operatori socio-sanitari, in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, c/o le USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate, attivato dall'Azienda USL di Teramo per l'anno formativo 2010.

L\_\_\_ scrivente a tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara :

- di chiamarsi \_\_\_\_\_;
- di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, CAP. \_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del titolo di Operatore socio-sanitario, conseguito il \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_, con votazione \_\_\_\_\_;
- di essere in servizio, in qualità di Operatore socio-sanitario, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso \_\_\_\_\_;
- di aver prestato i seguenti servizi:  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in qualità di operatore socio-sanitario presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in qualità di operatore socio-sanitario presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in qualità di operatore socio-sanitario presso \_\_\_\_\_
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso: Sig. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione ai moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D. Lgs 30.06.2003, n. 196;

### D I C H I A R A

- Di essere in possesso del titolo di Operatore socio-sanitario, conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_, con votazione \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**N.B.** La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si precisa, inoltre, **che per una corretta e puntuale valutazione del titolo è consigliabile allegare fotocopia semplice del titolo stesso**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione  
ai moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria, ai sensi e per gli effetti degli artt.  
19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle  
sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei  
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non  
veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

**D I C H I A R A**

- Di aver prestato i seguenti servizi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di operatore socio-sanitario, presso  
\_\_\_\_\_;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di operatore socio-sanitario, presso  
\_\_\_\_\_;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di operatore socio-sanitario, presso  
\_\_\_\_\_;
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di operatore socio-sanitario, presso  
\_\_\_\_\_;

dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' 46 del D.P.R.  
20.12.1979, n. 761.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**N.B.** La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una amministrazione dello Stato.