

REGIONE ABRUZZO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI  
Sede Legale Via Martiri Lancianesi 17/19  
66100 CHIETI

**AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL CORSO ANNUALE PER IL  
CONSEGUIMENTO DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA DI "OPERATORE SOCIO  
SANITARIO"**

**ANNO FORMATIVO 2010**

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 e n°440 del 10.08.2009 e della Delibera del Commissario Straordinario ex ASL Lanciano-Vasto n° 74 del 01/12/2009 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 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 2010 alla formazione di **90** Operatori Socio Sanitari, articolato in n°3 Sezioni di 30 posti.

**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

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 debitamente sottoscritta dall'interessato, dovrà pervenire al Protocollo Generale della ASL, indirizzata alla **Direzione Generale - ASL Lanciano-Vasto -, Via S. Spaventa, n°37, 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, 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 (da compilarsi in carta semplice secondo lo schema allegato al presente bando) 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, nel profilo professionale di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza e/o di Ausiliario Specializzato;
- j) dichiarazione autorizzazione trattamento dati personali.

#### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

- 1) Certificazione attestante eventuale servizio prestato, 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 (coordinate IBAN n. IT-18-J-055501550000000549294) con causale "contributo spese corso OSS 2010"**. Le somme introitate a titolo di contributo spese non rimborsabili sono destinate alle esigenze dell'attività didattica inerenti lo svolgimento dei corsi.

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 A" e "allegato B" al presente bando. Alle dichiarazioni di autocertificazione, sottoscritte dal candidato, dovrà essere allegata copia fotostatica 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.

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. 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 2010 e terminerà entro il mese di Dicembre 2010.

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 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 ex USL LANCIANO-VASTO 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)

Ogni eventuale ed ulteriore chiarimento o informazione rivolgersi ai seguenti numeri telefonici - dalle ore 11.00 alle ore 14.00 -:  
**0872 - 706560 / 0872 - 706564** (Ufficio Formazione)  
**0873- 308439** (Polo Didattico Universitario di Vasto)

**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.asllancianovasto.it/](http://www.asllancianovasto.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
- 2) Facsimile modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A)
- 3) Facsimile modello di dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Allegato B)

**AVVISO DI BANDO PUBBLICATO SUL B.U.R.A. - Speciale Concorsi - n° 7 del 17/02/2010**

**TERMINE ULTIMO DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

**ore 12 del 19 MARZO 2010**

Alla Direzione Generale  
ex A.S.L.LANCIANO-VASTO  
Via Spaventa n° 37  
66034 LANCIANO (Chieti)

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

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione per Operatore Socio Sanitario - anno 2010, per il conseguimento dell'Attestato di Qualifica per Operatore Socio Sanitario, indetto dalla ex ASL Lanciano-Vasto con deliberazione n° 74 del 01/12/2009. 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 (depenare la voce che non interessa)<sup>a</sup>;
- 7) di essere/non essere (depenare 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 allegando alla presente bollettino di versamento;
- 9) di aver prestato/non aver prestato (depenare la voce che non interessa) servizio, con rapporto di lavoro, 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.

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

\_\_\_\_\_

<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.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma

Allegato A

**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

N.B.: allegare copia fotostatica documento di riconoscimento



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

\_l\_ 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, nel profilo professionale di **Operatore Tecnico addetto all'Assistenza** 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 **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 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