

ALLEGATO "B"

SEDE PISTOIA



Scadenza 16 gennaio 2016

AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO ABBREVIATO PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO RISERVATO AI POSSESSORI DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA A.A.B. O EQUIPOLLENTE Anno Formativo 2015/2016

In esecuzione della Delibera G.R.T. n. 1061 del 09/11/2015 e della Deliberazione del Commissario delle Aziende afferenti alla Area Vasta Centro n.440 del 09/12/2015, è indetta pubblica selezione per l'ammissione al corso per il conseguimento della qualifica di **OPERATORE SOCIO SANITARIO 400 ore** – anno formativo 2015/2016 riservato ai possessori dell'Attestato di Qualifica di AAB o equipollente ai sensi del Provvedimento del 22 febbraio 2001 "Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione" per complessivi **n. 30 posti**.

ARCHITETTURA DEL CORSO

Il Corso è strutturato in tre Unità Formative Capitalizzabili (UFC), con una durata complessiva di 400 ore che concorrono all'apprendimento delle aree di competenza necessarie per assicurare l'assistenza di base alla persona in situazioni caratterizzate da alterata autonomia psico-fisica.

Il Corso prevede l'alternanza fra formazione in aula e contestualizzazione operativa attraverso esercitazioni pratiche in laboratorio e attività di tirocinio ripartita nelle seguenti ore:

- Aula/Laboratorio 210
- Tirocinio 190

Si sottolinea che il Direttore del Corso, qualora vengano riscontrate evidenti carenze formative pregresse, valuterà l'eventuale integrazione del percorso formativo con competenze/conoscenze specifiche fino ad un massimo di ulteriori 70 ore.

REQUISITI E MODALITA' DI AMMISSIONE

Possono presentare domanda tutti coloro, compresi i cittadini stranieri, che sono in possesso dei seguenti requisiti alla data di scadenza del Bando:

- diploma di scuola dell'obbligo;
- Attestato di qualifica AAB (Addetto all'Assistenza di base) o equipollenti (OSA-ADA), rilasciati ai sensi della L. 845/78, o Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali rilasciato dagli Istituti Professionali di Stato;
- compimento del diciassettesimo anno di età.

I candidati possono dimostrare il possesso del titolo di studio, conseguito in Italia, mediante la forma di semplificazione delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e all'art. 15, comma 1 della L.183/11.

In tutti gli altri casi, nei quali il ricorso alle dichiarazioni sostitutive non è ammesso, gli interessati devono documentare il possesso dei titoli di studio mediante certificati e attestazioni rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero. Tali documenti devono essere legalizzati e corredati di traduzione in lingua italiana certificata conforme al testo straniero nelle forme previste dalla legge (**Dichiarazione di Valore**) OPPURE nelle forme semplificate (**Timbro "Apostille"**) previste da Convenzioni internazionali cui l'Italia ha aderito (Convenzione dell'Aia del 5 ottobre 1961) debitamente tradotti.

Le sopra dette certificazioni dovranno essere allegate alla domanda di partecipazione, pena l'esclusione dalla prova di selezione.

Per l'ammissione al corso è previsto il superamento di una prova scritta con successiva formulazione di una specifica graduatoria. A parità di punteggio l'ammissione al corso avverrà in base al criterio dell'età dando precedenza all'aspirante più giovane (art 2 della Legge 16 giugno 1998 n. 191).

La prova di selezione per il corso si svolgerà in data unica per tutte le Aziende sanitarie, sarà composta da n.60 items con 4 risposte di cui solo una esatta, con i seguenti criteri:

- risposta positiva = 1 punto
- non risposta o risposta errata = 0 punti

Superano la prova e quindi risultano inseribili in graduatoria, i candidati che raggiungono la votazione di almeno 31/60.

La prova per l'accesso al corso abbreviato sarà incentrata sulle seguenti aree di competenza:

- area socioculturale (legislazione sociale, organizzazione e metodologia del lavoro sociale, sociologia)
- area operativa di assistenza alla persona (interventi sociali minori/famiglia, anziani, disagio psichico, disabilità, igiene, dietetica)
- area socio psicologica e relazionale.

E' previsto l'accertamento della conoscenza della lingua italiana per i cittadini stranieri che non abbiano conseguito in Italia titoli di studio pari o superiori alla scuola secondaria di primo grado (scuola media). L'esito positivo di tale accertamento non ha effetto sulla graduatoria finale. L'eventuale esito negativo è motivo di esclusione.

La prova di selezione per l'ammissione al corso per
"Operatore Socio Sanitario" 2015/2016 si svolgerà il giorno:

mercoledì 24/02/2016 - ore 9,00

La sede della prova per la zona di PISTOIA sarà resa nota esclusivamente attraverso la pubblicazione sul sito internet della azienda www.usl3.toscana.it almeno 10 giorni prima della data della prova.

La graduatoria sarà formulata sulla base del punteggio ottenuto nella prova scritta sommato a quello di anzianità di servizio.

Ai candidati che hanno superato la selezione, in base alla documentazione allegata alla domanda, dipendenti delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N.", o dipendenti di strutture sanitarie private, strutture sociosanitarie e socio assistenziali pubbliche e private e cooperative che

erogano servizi socio sanitari e assistenziali, con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato nello svolgimento di funzioni socio-assistenziali (nel ruolo di AAB/OSA) si attribuiscono 0,5 punti aggiuntivi per ogni anno di lavoro svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione per periodi non inferiori ai 3 mesi.

Ai candidati che hanno superato la selezione che dimostrano con idonea documentazione allegata alla domanda di essere lavoratori dipendenti da almeno 3 anni continuativi di cooperativa soggetta alla clausola, all'interno dell'appalto in svolgimento di aziende sanitarie, di utilizzare anche "personale non in possesso di certificazione Oss che abbia maturato esperienza triennale nell'ultimo triennio nello svolgimento di funzioni corrispondenti, e che siano in possesso del titolo di AAB/OSA, purché, si tratti di operatori attualmente in servizio presso i medesimi servizi e conseguano, inoltre, l'attestato di Operatore Socio-sanitario entro un tempo predeterminato dalla sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario", si attribuiscono 5 punti.

TALE PUNTEGGIO SARA' ASSEGNATO ESCLUSIVAMENTE A COLORO CHE PRESENTERANNO ALLEGATA ALLA DOMANDA DICHIARAZIONE DI SERVIZIO DEL DATORE DI LAVORO ATTESTANTE:

A) RIFERIMENTI DELL'APPALTO

B) QUALIFICA

C) MANSIONI SVOLTE NELL'ULTIMO TRIENNIO.

NON SI ACCETTANO AUTOCERTIFICAZIONI NE' CERTIFICAZIONI PRESENTATE DOPO LA SCADENZA DEL BANDO.

Per effettuare il test di selezione, i candidati dovranno presentare un documento di riconoscimento in corso di validità.

Non si provvederà ad effettuare nessun'altra comunicazione al riguardo, pertanto tutti i candidati sono tenuti a prendere visione delle suddette comunicazioni.

I candidati che non si presenteranno ad effettuare il test nel giorno, nell'ora e nel luogo stabiliti, anche per cause non dipendenti dalla propria volontà, saranno considerati rinunciari.

I candidati che non risulteranno in possesso dei requisiti previsti, oppure la cui domanda sia incompleta o mancante della ricevuta di avvenuto pagamento di € 20, non saranno ammessi alla prova di selezione.

Qualora i posti disponibili previsti dal presente bando aziendale rimangano vacanti o altre aziende abbiano esaurito la propria graduatoria, i posti vacanti sono messi a disposizione dei candidati di altre aziende della stessa Area Vasta, utilizzando il criterio del punteggio delle rispettive graduatorie.

L'ammissione definitiva al corso avverrà previo accertamento medico di idoneità allo svolgimento del tirocinio nei servizi, previsto dal curriculum formativo. La certificazione è redatta dal medico competente aziendale secondo quanto disposto dall'allegato A della Delibera GRT 1061/2015.

QUOTA DI ISCRIZIONE

Gli ammessi al corso dovranno versare una quota di iscrizione di 502,00 euro (comprensiva di marca da bollo da Euro 2) - esente IVA.

Modalità di pagamento: versamento in un'unica soluzione da effettuarsi al momento dell'iscrizione (il mancato pagamento comporta la non ammissione al Corso).

Le istruzioni per il pagamento saranno comunicate ai diretti interessati prima dell'inizio del corso.

Le quote versate non saranno in alcun modo rimborsate a seguito di interruzione del corso per qualsiasi motivo. Il partecipante mantiene il diritto di recesso secondo la normativa vigente.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE – TERMINI DI SCADENZA

La domanda di ammissione, redatta in carta libera utilizzando il modello predisposto e debitamente firmata, deve essere inviata al seguente indirizzo:

Azienda USL 3 di Pistoia
U.O. Sviluppo Formazione e gestione delle Risorse Umane
via Sandro Pertini 708 – 51100 Pistoia

ENTRO E NON OLTRE IL 16 GENNAIO 2016

Le domande devono essere inviate entro il termine di scadenza indicato, pena esclusione, per:

- posta raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede la data del timbro dell'Ufficio Postale accettante);
- PEC all'indirizzo: protocollo@pec.usl3.toscana.it da utilizzare se la titolarità della casella di posta elettronica certificata del mittente corrisponde al nominativo del candidato.

Nella domanda di ammissione gli interessati devono dichiarare:

- 1) nome, cognome, data, luogo di nascita, residenza;
- 2) la cittadinanza;
- 3) il titolo di studio posseduto, specificando, in particolare, l'anno e la Scuola dove è stato conseguito;
- 4) l'indirizzo al quale inviare eventuali comunicazioni.

La domanda deve essere firmata dall'interessato e sottoscritta da chi esercita la patria potestà, in caso di candidato minorenne.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Copia in carta semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità rilasciato da una Autorità Italiana;
- Copia Attestato di Qualifica professionale (per gli attestati conseguiti nelle altre Regioni, è necessario allegare copia del programma dettagliato svolto);
- Ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento di € 20 da effettuare tramite versamento su Bollettino di C/C postale n. 10183515 intestato a:
AZIENDA USL 3 PISTOIA ENTRATE VARIE TESORERIA
Causale obbligatoria: **contributo spese di selezione corso OSS percorso abbreviato – anno formativo 2015/2016;**
- Dichiarazione del datore di lavoro attestante lo stato di servizio → **ATTENZIONE: la mancata presentazione della dichiarazione del datore di lavoro o la sua incompletezza comporta la non attribuzione del punteggio aggiuntivo;**
- Dichiarazione di Valore o del titolo di studio legalizzato (solo per i titoli di studio conseguiti all'estero).

L'avviso di selezione e i modelli per inoltrare la domanda di partecipazione si trovano:

- all'indirizzo internet: www.Usl3.toscana.it → **Corsi di Formazione OSS**

oppure in distribuzione presso:

Formazione del personale di supporto Corsi OSS c/o POLO UNIVERSITARIO UNISER
- Via Sandro Pertini, 358, 51100 Pistoia PT

Per eventuali ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi a:

dott.ssa Lucia Baldi Tel. 0573.994903 e.mail lucia.baldi@unifi.it
Anna Maria Galli Tel. 0573 228518 e.mail am.galli@usl3.toscana.it

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

Le dichiarazioni incomplete e/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 trasmetterne 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.

Informativa Trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003:

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento delle procedure selettive di ammissione e successiva gestione del Corso per Operatore Socio Sanitario a.f. 2015/2016. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.Lgs. n. 196/03, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure selettive di ammissione e gestione del corso ai sensi delle disposizioni normative vigenti. Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'Azienda USL 3 di Pistoia. Il responsabile del trattamento è il direttore della U.O. Sviluppo Formazione e gestione delle Risorse Umane.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erranei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda USL 3 di Pistoia.

Quanto sopra resterà valido anche quando l'azienda sanitaria di riferimento verrà accorpata nella Azienda Sanitaria Toscana Centro salvo esplicite variazioni attuate da quest'ultima.

data 09/12/2015

Il Commissario
Dr. Paolo Morello Marchese

Domanda di ammissione alla selezione per il corso OPERATORE SOCIO SANITARIO ABBREVIATO anno formativo 2015/2016

Al Commissario dell'azienda USL 3 Pistoia
U.O. Sviluppo Formazione e gestione delle Risorse Umane
via Sandro Pertini 708 – 51100 Pistoia

Il/La sottoscritto/a cognome _____

nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

nazione _____ codice fiscale I I I I I I I I I I I I I I I I I

C H I E D E

di partecipare alla selezione per l'ammissione al corso per Operatore Socio Sanitario (Percorso Abbreviato) - Anno formativo 2015/2016 per il conseguimento del relativo Attestato di Qualifica. A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1) di essere cittadino: [1] Italiano

[2] Comunitario (nazionalità) _____

[3] Extracomunitario (nazionalità) _____

- di essere in regola con la vigente normativa che disciplina l'immigrazione e la condizione di straniero e di possedere il Permesso di Soggiorno rilasciato da:

valido fino alla data _____

2) di essere residente nel Comune di: _____

C.A.P. _____ Prov. _____ località _____

Via/P.zza _____ n. _____

tel. _____ / _____ cellulare _____

mail _____

3) che l'indirizzo per eventuali comunicazioni è il seguente:

città _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Via/P.zza _____ n. _____
tel. _____ / _____ cellulare _____
mail _____

4) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- [1] licenza scuola media inferiore [4] Laurea Triennale o titoli equipollenti
[2] Diploma scuola superiore [5] Laurea Specialistica
[3] Diploma quinquennale di T.S.S. [6] Altro _____

Conseguito nell'anno _____ presso l'istituto _____
con sede in (indirizzo completo)

_____ tel. _____

5) di essere in possesso dell'Attestato di qualifica di **A.A.B.** o titolo equipollente:

tipo attestato di qualifica

_____ conseguito in data
_____ durata del corso (ore) _____

svolto presso il centro formazione/istituto

con sede in _____ prov. _____

via _____ tel. _____

6) di essere nella seguente condizione occupazionale:

occupato (compilare sez. A)

Sezione A: occupato o in CIG ordinaria

di essere occupato presso l'impresa o l'ente privata pubblica

di essere nella seguente condizione:

- contratto a tempo indeterminato
 contratto a tempo determinato
 contratto di formazione e lavoro
 contratto con agenzia di somministrazione di lavoro (interinale)
 autonomo
 altro tipo di contratto _____

in cerca di prima occupazione (compilare sez. B)

Sezione B: in cerca di prima occupazione

di cercare lavoro: da meno di 6 mesi da 6 a 11 mesi
 da 12 a 24 mesi da oltre 24 mesi

disoccupato (compilare sez. C)

Sezione C: disoccupato, in mobilità o CIG straordinaria

di essere disoccupato da meno di 6 mesi da 6 a 11 mesi
di essere in mobilità o CIG da 12 a 24 mesi da oltre 24 mesi

studente

inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, in servizio civile)

7) di essere lavoratore dipendente di Cooperativa soggetta alla clausola, all'interno dell'appalto in svolgimento di aziende sanitarie, con esperienza triennale nell'ultimo triennio (**allega attestazione Cooperativa**)

SI NO

8) di essere dipendente di Aziende ed Enti del "Comparto del personale del SSN" o dipendenti di strutture sanitarie private, strutture sociosanitarie e socio assistenziali pubbliche e private e cooperative che erogano servizi socio sanitari e assistenziali con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato nello svolgimento di funzioni socio-assistenziali (**allegare stato di servizio**)

SI NO

9) di autorizzare l'Azienda USL 3 di Pistoia al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/03

10) di conoscere le prescrizioni contenute nell'avviso di pubblica selezione e di avere preso visione che la prova scritta di selezione si svolgerà mercoledì 24 febbraio 2016 ore 9:00 e che la sede della selezione sarà resa nota esclusivamente attraverso la pubblicazione sul sito internet delle azienda almeno 10 giorni prima della data della prova.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA

1. copia in carta semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità
2. ricevuta pagamento € 20
3. copia in carta semplice dell'Attestato di Qualifica professionale
4. dichiarazione del datore di lavoro
5. copia della Dichiarazione di Valore oppure del titolo di studio legalizzato; (*solo per i Titoli di studio conseguiti all'estero*)
6. copia in carta semplice del titolo di studio

Il sottoscritto dichiara che tutta la documentazione allegata in copia e sopra elencata è conforme all'originale.

Data

(Firma)

PARTE RISERVATA AI GENITORI di FIGLI MINORENNI:

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il giorno _____

Autorizza il/la proprio/a figlio/a

A presentare la domanda per l'ammissione al corso di formazione per il conseguimento dell'Attestato di qualifica per Operatore Socio-Sanitario – anno formativo 2015/2016.

Data,

Firma di chi esercita la potestà genitoriale
Allegare Documento di Identità