

**ASP - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
POTENZA**

BANDO DI PARTECIPAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in attuazione della delibera di Giunta Regionale di Basilicata n° 873 del 04.07.2012 e in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale N° 903 del 31.12.2012 ha attivato i Corsi base di formazione per **OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)** di cui all'art. 4 punto 1 lettera a) della D.G. R. n. 654/02, finalizzati all'acquisizione dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, validi su tutto il territorio nazionale.

I posti attivati sono pari a 90 (n° 30 Ambito di Venosa - n° 30 Ambito di Potenza e n° 30 Ambito di Lagonegro)

Il Corso ha una durata annuale di 1000 ore di cui:

- n° 200 ore di formazione teorica basilare;
- n° 250 ore di formazione teorica professionalizzante;
- n° 100 ore di esercitazione/stages;
- n° 450 ore di tirocinio guidato nelle aree sanitarie, sociale e socio-sanitario.

Le 3 sedi del corso sono:

- 1. Venosa**, con svolgimento delle lezioni/tirocinio presso il presidio ospedaliero unificato di Melfi-Venosa e nelle restanti strutture sanitarie dell'ambito territoriale di Venosa;
- 2. Potenza**, con svolgimento delle lezioni/tirocinio presso il presidio ospedaliero di Villa D'Agri e nelle restanti strutture sanitarie dell'ambito territoriale di Potenza;
- 3. Lagonegro**, con svolgimento delle lezioni/tirocinio presso gli ospedali riuniti del Lagonegrese, presso l'Ospedale di Chiaromonte e nelle restanti strutture sanitarie dell'ambito territoriale di Lagonegro.

FINALITA' DEL CORSO:

far acquisire all'operatore una formazione professionale indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona

nell^a ambito delle proprie aree di competenze sia nel contesto sanitario che sociale;

- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente dei Servizi Sanitari e Sociali;
- acquisire competenze in :
 - a. assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
 - b. intervento igienico - sanitario di carattere sociale;
 - c. supporto gestionale, organizzativo e formativo

REQUISITI DI ACCESSO

Per l'accesso al Corso di formazione sono richiesti i seguenti requisiti:

- possesso del diploma della scuola dell'obbligo (i titoli conseguiti nei paesi della Unione Europea o nei paesi extracomunitari dovranno essere corredati di traduzione ufficiale in lingua italiana, integrata dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dall'Autorità diplomatica o Consolare competente, o dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine, da presentare tassativamente entro la data di scadenza del bando pena l'esclusione);
- compimento del diciassettesimo anno di età alla data di presentazione della domanda di iscrizione al Corso (le domande dei candidati di età compresa tra 17 e 18 anni, dovranno essere sottoscritte da chi ne esercita la potestà genitoriale).

MODALITA' DI SELEZIONE

Nel caso in cui le richieste di ammissione dovessero essere eccedenti rispetto al numero dei posti prefissati, si procederà alla compilazione di una graduatoria sulla base dei seguenti parametri e punteggi:

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1) titolo di studio | Max punti 10 |
| 2) titoli di servizio | Max punti 30 |
| a) titoli di studio: | |

- diploma di istruzione di secondo grado conseguito con votazione fino a 42 ovvero 70 = punti 4;

- con votazione da 43 ovvero 71 fino a 48 ovvero 80 = punti 6;
- con votazione da 49 ovvero 81 fino a 54 ovvero 90 = punti 8;
- con votazione da 55 ovvero 91 fino a 60 ovvero 100 = punti 10;

b) titoli di servizio:

- servizio prestato in qualità di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza ovvero di ausiliario socio- assistenziale in possesso del titolo rilasciato ai sensi della L. n. 845/78 punti 0,50 per mese o frazione superiore a giorni 15 presso le Aziende Sanitarie, le strutture sanitarie private accreditate, ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, 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 al comma precedente, rapportato ad un orario di servizio pari a 36 ore settimanali.

La graduatoria sarà redatta sul complessivo della somma dei punteggi attribuiti.

Al termine della selezione verrà redatta una graduatoria finale per ogni sede di corso sulla base dei punteggi sopra indicati. Tale graduatoria sarà pubblicata all'albo pretorio della Sede Centrale dell'ASP e sul sito aziendale: www.aspbasilicata.it ed avrà a tutti gli effetti valore di notifica.

Ai candidati ammessi sarà data comunicazione a mezzo lettera-raccomandata.

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

In caso di rinuncia di uno o più candidati si procederà allo scorrimento della graduatoria.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione al Corso, sottoscritta in carta semplice come da Fac-Simile allegato (Mod. 1), deve contenere:

- 1- dati anagrafici, residenza/domicilio, codice fiscale, telefono, cittadinanza, eventuali condanne penali o procedimenti penali in corso, dichiarazione privacy;
- 2- dichiarazione del possesso dei requisiti di accesso;
- 3- copia allegata, **a pena di esclusione**, di un documento di identità in corso di validità;
- 4- eventuali certificazioni allegate relative al titolo di studio di scuola secondaria di secondo grado e di servizio (in qualità di ausiliario specializzato e/o di operatore tecnico addetto all'assistenza, specificando la data iniziale e finale dell'attività prestata e la tipologia del rapporto di lavoro - tempo determinato/indeterminato - tempo pieno/parziale-), prodotti in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R n. 445 del 28/12/2000.

La domanda deve essere indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza via Torraca n. 2 - 85100 Potenza e trasmessa a mezzo raccomandata AR, o consegnato a mano all'Ufficio Protocollo entro 30 giorni successivi alla data di pubblicazione sui Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata; la domanda di partecipazione unitamente agli allegati deve pervenire in busta chiusa, recante sul frontespizio cognome e nome del mittente, comprensivo di indirizzo, e la dicitura "Partecipazione Selezione Corso O.S.S.". Si precisa che i candidati dovranno indicare la sede prescelta per la frequenza del corso; **a pena di esclusione dovrà essere indicata soltanto una sede tra Venosa, Potenza o Lagonegro.**

Il recapito della domanda per posta rimane ad esclusivo rischio del mittente, per cui l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza non assumerà responsabilità alcuna qualora

per qualsiasi motivo non venga recapitata in tempo utile.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno non festivo. Si considerano utilmente prodotte le domande **spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento** entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Saranno escluse le domande di partecipazione al corso trasmesse a mezzo posta ordinaria Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

I titoli allegati alla domanda devono essere prodotti in originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R. n°445 del 28/12/2000. e ss.mm.ii.

Ai sensi di detto D.P.R. è consentito agli aspiranti allegare i documenti in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà (esente da bollo) riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi all'originale.

La suddetta dichiarazione può essere apposta anche in calce alla copia del documento. Nella autocertificazione devono essere descritti analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione del titolo autocertificato. Qualora il titolo autocertificato non fosse chiaramente descritto o mancasse di elementi essenziali per la sua valutazione, non sarà tenuto in considerazione.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive attestanti i titoli valutabili verranno accettate solo se redatte in modo conforme a quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, anche in ordine all'assunzione di responsabilità delle dichiarazioni rese.

AMMISSIONE DEFINITIVA

L'ammissione definitiva alla partecipazione al Corso è subordinata:

- all'accertamento sanitario di idoneità da parte del medico competente allo svolgimento delle funzioni previste dal profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario;
- al versamento in unica soluzione della quota di iscrizione di **Euro 1000,00 (Mille)**.

La copia del versamento, effettuato con le modalità che saranno comunicate ai momento dell'ammissione, dovrà essere presentata all'Ufficio Formazione Territoriale entro 5 gg. dalla - data della predetta comunicazione di partecipazione al corso. **La mancata consegna della ricevuta nei termini sopra indicati equivarrà a rinuncia.**

La stessa vale come accettazione alla frequenza, ed in caso di rinuncia la quota versata non sarà restituita.

In caso di mancato versamento, o di mancata consegna della ricevuta nei termini sopra indicati, senza ulteriore comunicazione, si procederà allo scorrimento della graduatoria.

Per ogni altra informazione gli interessati potranno rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 0971 310533, 0973 49959, 0972 39453.

Il presente bando, con il relativo schema di domanda è disponibile anche sul sito web aziendale www.aspbasilicata.it nel link Corsi OSS.

Potenza li 31.12.2012

Il Direttore Generale
Dott. Mario MARRA

Fac simile domanda

MOD. 1

Al Direttore Generale

**dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 POTENZA**

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o a
_____ il _____ e residente a _____ in via
_____ n° _____,

C.F.

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario che si terrà a

Venosa

Potenza

Lagonegro

INDICARE UNA SOLA SEDE

organizzato da codesta Azienda Sanitaria Locale di Potenza e pubblicato sul BUR della Regione Basilicata n° _____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/00 di:

- avere Cognome _____ e Nome _____;
- essere nata/o a _____ il _____;
- essere residente a _____ in via _____ n° _____;
- essere in possesso del Diploma di scuola dell'obbligo;
- aver compiuto il diciassettesimo anno d'età alla data di presentazione della domanda di partecipazione al Corso;
- di avere cittadinanza _____;
- di non aver riportato condanne penali
 di aver riportato le seguenti condanne penali o procedimento penale in corso

indicare l'eventuale titolo che ha estinto il reato

Allega alla presente le seguenti certificazioni relative ai titoli di studio e di servizio, (da produrre in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.).

Ai sensi di detto D.P.R. è consentito agli aspiranti allegare i documenti in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà (esente da bollo) riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi all'originale.

La suddetta dichiarazione può essere apposta anche in calce alla copia del documento. Nella autocertificazione devono essere descritti analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione del titolo autocertificato.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente Corso sia fatta al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra _____ via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell _____ -

Data, _____

FIRMA

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/03

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Data _____

Firma _____