



**AZIENDA
OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
PISANA**

(Istituita con L.R.T. 24 Febbraio 2005, n. 40)



**AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI
FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.):**

**RIVOLTO A COLORO CHE SONO IN POSSESSO DI TITOLI PROFESSIONALI
DELL'AREA SANITARIA CONSEGUITI ALL'ESTERO E NON RICONOSCIUTI IN
ITALIA DAL MINISTERO DELLA SALUTE**
Anno Formativo 2010/2011

In esecuzione della delibera del Direttore Generale dell'A.O.U.P. n. 938 del 01/09/2010 in corso di esecutività e della delibera della Giunta Regionale Toscana n.723 del 02/08/2010, l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana rende noto che per l'anno formativo 2010-2011 è prevista l'ammissione al Corso di formazione per Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) anche per coloro che sono in possesso di titoli professionali dell'area sanitaria conseguiti in paesi della Comunità Europea e in paesi extracomunitari, non riconosciuti in Italia dal Ministero della Salute.

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- Una copia in carta semplice di tutta la documentazione presentata al Ministero della Salute ai fini del riconoscimento del titolo professionale dell'area sanitaria posseduto
- Una copia in carta semplice dell'attestazione di non riconoscimento del titolo professionale dell'area sanitaria posseduto, rilasciata dal Ministero della Salute
- Una copia in carta semplice di un documento di identità
- (per i cittadini extracomunitari) una copia del permesso di soggiorno

Alla domanda deve essere allegata **pena esclusione** tutta la documentazione richiesta .

Per i cittadini stranieri è previsto l'accertamento della conoscenza della lingua italiana. L'eventuale esito negativo è motivo di esclusione dal corso. L'esito positivo di tale accertamento non garantisce automaticamente l'ammissione al corso che rimane comunque subordinata all'accertamento della completezza/regolarità della documentazione presentata .

N.B.

L'ACCERTAMENTO DELLA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA, A CARICO DEI SOLI CITTADINI STRANIERI, AVRA' LUOGO IL GIORNO **04/11/2010 AL TERMINE DELLA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AI CORSI DI FORMAZIONE PER O.S.S.**

LA SEDE IN CUI VERRA' SVOLTO IL SUDETTO ACCERTAMENTO, SARA' COMUNICATA MEDIANTE AFFISSIONE DI APPOSITO AVVISO IL GIORNO:

26/10/2010

- ALL'ALBO AZIENDALE – VIA ROMA, 67 PISA
- ALL'ALBO DI VIA ZAMENHOF, 1 PISA
- ALL'ALBO DELL'U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE – VIA S.MARIA 110 PISA
- IL SITO INTERNET: www.ao-pisa.toscana.it (Eventi – Corsi)

I cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari, devono essere in regola con le norme vigenti concernenti la disciplina dell'immigrazione e la condizione dello straniero

Le domande di ammissione, redatte in carta libera utilizzando il modello predisposto e debitamente firmate, **dovranno pervenire esclusivamente mediante spedizione a mezzo raccomandata A.R.**, indirizzate al DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA – Via Roma, 67 - 56126 Pisa

entro e non oltre il **28/09/2010**

a tal fine, farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Non saranno considerate valide le domande inviate dopo tale termine.

FINALITA' DEL CORSO

Il corso ha lo scopo di formare, con attività teorica e tecnico-pratica, un Operatore qualificato in grado di svolgere un'attività assistenziale polivalente sia nel settore sociale che sanitario a livello ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale .

ARTICOLAZIONE DEL CORSO

L'Azienda Sanitaria, accerterà la completezza/regolarità della domanda presentata dal candidato e della relativa documentazione e quantificherà la durata del percorso formativo da effettuare.

Il percorso complementare integrativo da effettuare per ciascuna delle 3 Unità Formative Capitalizzabili (UFC) previste dal curriculum formativo dell'OSS; avrà la durata complessiva **minima di 200 ore** secondo le indicazioni della Conferenza dei Presidenti delle Regioni del 24 dicembre 2006.

Il percorso integrativo si svolgerà all'interno del corso di formazione per O.S.S. della durata di 1000 ore anno formativo 2010-2011.

Le Unità Formative sono aggregazioni omogenee di obiettivi formativi affini tra loro che concorrono all'apprendimento di aree di competenza necessarie per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e/o ai problemi dei servizi. Ciascuna UFC è articolata in unità didattiche secondo il principio delle affinità degli obiettivi e dei contenuti cui afferiscono .

La frequenza è obbligatoria. Non sono ammessi agli esami finali gli studenti che abbiano riportato un numero di assenze superiore al 10% del monte ore complessivo. Il 10% delle ore di assenza è valutato singolarmente per le UFC.

SEDE DEL CORSO :

Il percorso complementare integrativo da effettuare, all'interno del corso di formazione per O.S.S., organizzato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, relativamente all'attività di didattica frontale e per l'attività di laboratorio, verrà svolto in Via S.Maria n. 110 –Pisa . L'attività di tirocinio verrà svolta nelle strutture della suddetta Azienda e nelle strutture convenzionate.

Qualora le domande accolte fossero numerose, l'Azienda Sanitaria si riserva la possibilità, in accordo con la Regione, di ridistribuirle in altre Aziende Sanitarie presenti nella propria area vasta.

QUOTA DI ISCRIZIONE :

E' prevista a carico dei candidati una quota di iscrizione di Euro 250,00 da versare entro l'inizio del corso previsto entro e non oltre il mese di Gennaio p.v.

La quota di iscrizione, **non è soggetta a rimborso in caso di eventuale rinuncia** .

AMMISSIONE AL CORSO

L'ammissione al corso è subordinata alle seguenti condizioni :

- superamento prova di italiano (solo per i candidati non in possesso della cittadinanza italiana)
- presentazione di tutta la documentazione richiesta ai fini del riconoscimento del titolo professionale dell'area sanitaria posseduto ed attestazione di non riconoscimento del titolo rilasciata dal Ministero della Salute
- l'idoneità fisica all'esercizio delle funzioni per le quali lo studente frequenta il corso certificata dal medico competente dell'Azienda Sanitaria a seguito di visita medica ed accertamenti sanitari . L'eventuale inidoneità comporta l'esclusione dal corso .
- il pagamento della quota di iscrizione prevista dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Nella domanda di ammissione il candidato, dovrà dichiarare (ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,

di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la propria responsabilità :

1. cognome e nome ;
2. data e luogo di nascita;
3. cittadinanza ;
4. residenza e l'eventuale recapito presso cui possa essere inviata qualsiasi comunicazione inerente il corso, nonché il recapito telefonico;
5. codice fiscale ;
6. di essere in possesso del titolo di studio richiesto dal bando per l'ammissione al corso (indicando la denominazione dell'istituto che lo ha rilasciato, il relativo indirizzo completo e la data di conseguimento) ;
7. per i cittadini stranieri, comunitari ed extracomunitari, essere in regola con le norme previste dalla L. 40/98 " Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e dal D. Lgs. 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e successive modifiche ed integrazioni ;

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 decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle suddette dichiarazioni.

Per quanto non specificamente indicato nel presente avviso si fa riferimento alle disposizioni già impartite o che saranno impartite dalla Regione Toscana.

L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA SI RISERVA LA FACOLTA' , QUALORA NE' RILEVASSE LA NECESSITA' O L'OPPORTUNITA', DI PROROGARE, MODIFICARE O REVOCARE IL PRESENTE AVVISO.

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 di formazione per Operatore Socio-Sanitario.

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 Ospedaliero-Universitaria Pisana. Il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'U.O.Politiche 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 erronei, 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' l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana..

Pisa, 06/09/2010

Il Direttore
U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane
Dr.ssa Grazia Valori

Gli interessati possono ritirare copia del bando ed il modulo per la domanda presso:

- Ufficio Informazioni del Presidio Ospedaliero S. Chiara – (vicino al Pronto Soccorso) Tel. 050/993177-178
- U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Via S. Maria 110 (III Piano) – Tel. 050/993835
- Portineria Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana - Via Zamenhof 1 – Tel. 050/996222
- La Direzione Didattica del corso - Via S. Maria 110 (III Piano) – Tel. 050/993881
- Il sito internet : www.ao-pisa.toscana.it (Eventi – Corsi)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana
Via Roma n.67
56126 PISA

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso alla frequenza del Corso per
“OPERATORE SOCIO SANITARIO” (O.S.S.) Anno formativo 2010/2011

a tal fine DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità , **allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità:**

di essere nato a _____ il _____;

di risiedere in _____ Prov. ____ Via _____

n° _____ C.A.P. _____ Telefono _____;

codice fiscale _____;

di avere la cittadinanza _____;

di essere in possesso del seguente titolo professionale dell'area sanitaria conseguito all'estero _____

conseguito presso la scuola/istituto (indirizzo completo)

_____ Via/Piazza _____

Città _____ data di conseguimento _____;

che ogni comunicazione inerente il corso venga inviata al seguente indirizzo:

Sig _____

Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Città _____ Tel. _____;

di aver preso visione del bando di ammissione al corso di formazione per “OPERATORE SOCIO SANITARIO” con particolare attenzione ai requisiti richiesti;

Solo per i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari

- di essere in regola, con le norme previste dalla L. 40/98 “Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e dal D. Lgs. 286/98 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e successive modifiche ed integrazioni ;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che il trattamento dei dati personali e sensibili raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa .

Li, _____

Firma

La domanda deve essere compilata in modo completo e leggibile (stampatello) in ogni sua parte, pena la non valutazione/ammissione (barrare le voci che interessano) .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che le seguenti fotocopie sono conformi agli originali in suo possesso ovvero depositati presso

(indirizzo completo della struttura) _____

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per il quale la presente dichiarazione viene resa .

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....