



**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.)
Anno Formativo 2010/2011 n.60 POSTI**

In esecuzione della delibera del Direttore Generale dell'A.O.U.P. n. 938 del 01/09/2010 in corso di esecutività, della delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1052 del 24/09/2001 che ha per oggetto l'attuazione del provvedimento 22 febbraio 2001 concernente l'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 e della delibera della G.R.T. n.723 del 02/08/2010 che ha per oggetto il programma annuale dei corsi per Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) anno formativo 2010-2011, l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana istituisce, per l'anno formativo 2010-2011 il Corso di formazione per Operatore Socio Sanitario, per complessivi:

n. 60 posti.

REQUISITI DI AMMISSIONE:

Possono presentare domanda tutti coloro, compresi i cittadini stranieri, che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- possesso del diploma della scuola dell'obbligo;
- compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso;

I cittadini dei paesi della Unione Europea, dovranno produrre 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 autenticata, rilasciata dall'Autorità diplomatica o Consolare competente.

I cittadini dei paesi extracomunitari dovranno produrre 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 autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine.

Le suddette certificazioni dovranno essere presentate tassativamente, pena l'esclusione dal corso, entro due mesi dall'inizio del corso stesso.

Per l'ammissione al corso è previsto il superamento di un test attitudinale, con successiva formulazione di 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). Nell'ambito della prova di cui sopra, è previsto l'accertamento della conoscenza della lingua italiana per i cittadini stranieri. L'esito positivo di tale accertamento non ha effetto sulla graduatoria finale. L'eventuale esito negativo è motivo di esclusione dalla stessa.

RISERVA DEI POSTI

E' prevista una riserva di posti del 50% così suddivisa:

- il 25% ai dipendenti delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." (art.10 del Contratto Collettivo Quadro per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2006/2009 stipulato in data 11/06/07) inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario specializzato a tempo indeterminato/determinato;
- il 25% al personale dipendente di strutture sanitarie private con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, in strutture sociosanitarie e socio assistenziali pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio sanitari e assistenziali;

Si ritiene di dovere specificare che:

- qualora le due quote riservate non vengano completamente coperte, i posti rimanenti si compensano fra i due contingenti.
- qualora non venga ricoperta interamente la quota complessiva del 50% riservata al personale dipendente, la rimanente quota viene destinata ai candidati esterni.

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

Il corso di formazione è annuale ed ha una durata di 1000 ore articolate in tre Unità Formative Capitalizzabili articolate nel modo seguente:

- attività didattica frontale/interattiva ore 369
- tirocinio in strutture socio-sanitarie ore 450
- laboratorio ore 181

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.

Abbreviazione del percorso formativo

I possessori delle qualifiche di O.T.A.A (DM 295/1991) e di A.A.B. o titoli equipollenti acquisite ai sensi della L. 845/78 o del diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali, hanno diritto ad un percorso formativo abbreviato rispettivamente di 330 e 400 ore. La durata del percorso, previa valutazione degli organismi didattici aziendali, può essere integrata fino ad un massimo di ulteriori 100 ore.

SEDE DEL CORSO :

Il corso di formazione per Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.) organizzato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 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 .

QUOTA DI ISCRIZIONE :

E' prevista a carico dei candidati una quota di iscrizione nella misura di Euro1.000,00 per il percorso formativo di 1000 ore e di Euro 500,00 per il percorso abbreviato, esente IVA ai sensi dell'art.10 comma 20 del D.P.R. 633/72. La quota di iscrizione, da pagare in 3 soluzioni, non è soggetta a rimborso in caso di eventuale rinuncia .

AMMISSIONE AL CORSO

L'ammissione al corso è subordinata alle seguenti condizioni :

- l' idoneità 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 prima rata di Euro 400,00 (Euro 300,00 per il percorso abbreviato) da effettuarsi entro l' inizio del corso previsto entro e non oltre il mese di Gennaio p.v.; le successive rate di Euro 300,00 (Euro 100,00 per il percorso abbreviato) devono essere **pagate perentoriamente** entro il 01/03/2011 ed il 15/04/2011 .

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. di essere in possesso del titolo di qualifica di O.T.A.A./A.A.B. o titoli equipollenti (indicando la denominazione dell' Ente che lo ha rilasciato, l' indirizzo completo e la data di conseguimento)
8. (Ai fini delle riserva del 25%dei posti) di essere dipendente delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." (art. 10 del Contratto Collettivo Quadro per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2006/2009 stipulato in data 11/06/07) inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario specializzato a tempo indeterminato/determinato;
9. (Ai fini delle riserva del 25%dei posti) di essere dipendente di strutture sanitarie private con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, in strutture socio sanitarie e socio assistenziali pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio sanitari e assistenziali (specificare la denominazione della struttura ed il suo indirizzo completo);
10. (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 ;

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.

Alla domanda di ammissione il candidato, **dovrà allegare** :

- 1) una copia in carta semplice del documento di identità in corso di validità;
- 2) (per i cittadini extracomunitari) una copia in carta semplice del permesso di soggiorno;
- 3) una dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà di conformità all' originale della documentazione allegata in fotocopia (punto4 e 5);

Al fine della riserva dei posti il candidato dovrà allegare alla domanda la seguente documentazione.

- 4) la documentazione del servizio prestato, presso Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N.", strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, come di seguito indicato:

a) il servizio prestato alle dipendenze di strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie **pubbliche** e di Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." potrà essere documentato mediante **l' autocertificazione resa nella domanda** .

b) il servizio prestato alle dipendenze di strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, dovrà essere documentato **esclusivamente** **pena la non valutazione** mediante produzione di **stato di servizio** in **originale** o **copia autenticata**

rilasciato dal datore di lavoro e dovrà contenere, **pena la non valutazione**, l'esatta denominazione della struttura presso la quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato.

- in caso di servizio prestato alle dipendenze delle cooperative suddette, dovrà anche essere evidenziato che trattasi di cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali

- 5) Ai fini del riconoscimento dell'equipollenza alla qualifica di O.T.A.A./A.A.B. dei titoli di qualifica professionale conseguiti nelle altre Regioni o Province Autonome, dovrà essere allegato alla domanda : - una copia in carta semplice del programma didattico del percorso seguito, con indicazione delle ore e dei contenuti . La documentazione di cui sopra deve contenere, pena la non valutazione, tutti i dati richiesti.

Le dichiarazioni incomplete e/o incomprensibili non saranno ritenute valide ai fini della formulazione della graduatoria.

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.

N.B.

IL TEST ATTITUDINALE AVRA' LUOGO IL GIORNO 04/11/2010 ALLE ORE 15.00

L'ELENCO DEGLI AMMESSI AL TEST E LA SEDE DI SVOLGIMENTO DELLO STESSO SARANNO COMUNICATI 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)

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' 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 O.S.S.)

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 di studio (vedi bando) _____

_____ conseguito presso la scuola (indirizzo completo)

_____ Città _____

Via/Piazza _____ data di conseguimento _____;

di aver diritto al percorso formativo abbreviato in quanto in possesso della seguente qualifica :
(indicare la qualifica posseduta)

Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (O.T.A.A.)

Addetto all'Assistenza di Base (A.A.B.)

Altro titolo equipollente conseguito ai sensi della Legge 845/78 _____

Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali _____

conseguito presso l'Istituto Statale/Centro di Formazione (indirizzo completo della struttura presso la quale è stato conseguito) _____

Regione _____ Città _____ Via/Piazza _____

data di conseguimento _____;

- (ai fini della riserva del 25%) di essere dipendente delle Aziende ed Enti del “Comparto del personale del S.S.N.” (art.10 del Contratto Collettivo Quadro per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2006/2009 stipulato in data 11/06/07) inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario specializzato a tempo indeterminato/determinato, presso (denominazione e indirizzo completo) Azienda/Ente _____

Città _____ Via/Piazza _____

- (ai fini della riserva del 25%) di essere dipendente di strutture sanitarie private con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, in strutture sociosanitarie e socio assistenziali pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio sanitari e assistenziali, (specificare la denominazione della struttura e il suo indirizzo completo)

Struttura _____

Città _____ Via/Piazza _____

- 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

.....