

**AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA  
QUALIFICA DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO" - ANNO SCOLASTICO 2021**  
(Pubblicato sul B.U.R.A. N. 69 del 03.06.2022)

**SCADENZA: 2 LUGLIO 2022**

In esecuzione alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 859 del 29/12/2020 e del Direttore Generale della ASL di Pescara n. 1805 del 18/11/2021 è indetto avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio-Sanitario", anno scolastico 2021.

Il corso, che si svolgerà presso la ASL di Pescara, prevede la partecipazione di **n. 90 unità** e sarà articolato in **tre sezioni** presso:

- sede formativa di Pescara: 50 unità
- sede distaccata di Penne: 20 unità
- sede distaccata di Popoli: 20 unità

Ciascuna sezione non potrà attivarsi se il numero dei candidati sarà inferiore a 15 unità.

Nella domanda di ammissione al corso gli aspiranti dovranno indicare l'ordine di preferenza in riferimento alle Sedi di cui sopra. Se in una delle tre Sedi gli ammessi al corso dovessero essere in esubero rispetto al numero delle unità sopraindicate, l'assegnazione della sede avverrà d'ufficio, secondo l'ordine di scelta effettuata dal candidato e nel rispetto della graduatoria.

Qualora il numero dei candidati ammessi e iscritti al corso non dovesse essere quello previsto, il corso sarà attivato presso la sede di Pescara, ed eventualmente presso la Sede verso cui le indicazioni di preferenza risultassero in numero maggiore.

**Si precisa che non verranno attuati trasferimenti successivamente all'assegnazione definitiva della sede.**

**ART. 1 - PUBBLICAZIONI**

Sono disponibili sul seguente sito web: [www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it) (sezione Polo Didattico)

- **IL TESTO DEL PRESENTE BANDO**
- **LA MODULISTICA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE AUTODICHIARAZIONI**

**inoltre**

**SARANNO RESI NOTI UNICAMENTE** tramite pubblicazione sul sito web: [www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it) (sezione Polo Didattico):

- **LA GRADUATORIA;**
- **L'ELENCO DEGLI ESCLUSI (la motivazione sarà comunicata utilizzando l'indirizzo e-mail dichiarato nella domanda);**
- **LA DATA DELLA CONVOCAZIONE** dei candidati ammessi al Corso;
- **DI VOLTA IN VOLTA OGNI EVENTUALE SCORRIMENTO DELLA GRADUATORIA E LA DATA DI CONVOCAZIONE;**
- **IL PIANO DIDATTICO** (parte teorica, esercitazioni/stages, tirocinio);
- **LE INFORMAZIONI UTILI.**

**NON SARANNO FORNITE INFORMAZIONI TELEFONICAMENTE**

**ART. 2 - REQUISITI DI ACCESSO**

Per l'accesso al corso è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- Possesso del diploma di scuola dell'obbligo;
- Compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso.

La mancanza di uno solo dei requisiti anzidetti comporta l'esclusione dalla selezione per l'ammissione al corso.

### ART. 3 - DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di ammissione al corso, redatta esclusivamente utilizzando lo schema predisposto nell'*Allegato A*, dovrà essere indirizzata:

**Al Direttore Generale della ASL di Pescara - Via Renato Paolini, 45 – 65124 Pescara.**

**LE DOMANDE DOVRANNO PERVENIRE, A PENA DI ESCLUSIONE**, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Domanda e allegati dovranno essere inviati scegliendo esclusivamente una delle seguenti modalità:

- invio tramite servizio postale, **con raccomandata A.R. (con ricevuta di ritorno)**
- consegna **a mano** in busta aperta presso l'Ufficio Protocollo della A.S.L. di Pescara, Via Renato Paolini, 45 - da lunedì a venerdì orario: 11.00/13.00; martedì e giovedì anche dalle 15.00 alle 17.00 (si consiglia di conservare la ricevuta di consegna).
- invio mediante **posta elettronica certificata (P.E.C.) intestata ESCLUSIVAMENTE al partecipante alla selezione** all'indirizzo: *protocollo.aslpe@pec.it*

#### SI PRECISA CHE

- Per l'invio mediante posta elettronica certificata (P.E.C.) si considera prodotta in tempo utile solo se inviata alla ASL di Pescara nel termine perentorio sopra previsto.
- Per la consegna diretta (**a mano**) la domanda si considera prodotta in tempo utile solo se pervenuta alla ASL di Pescara nel termine perentorio sopra previsto.
- Unicamente per le domande inviate tramite servizio postale (**raccomandata A.R.**) farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante. In ogni caso non saranno ammesse alla selezione le domande che, sebbene inviate tramite servizio postale entro il termine indicato, perverranno all'Ufficio Protocollo Aziendale oltre il ventesimo giorno dalla data di scadenza del presente bando.

#### PER OGNI ALTRA FORMA DI PRESENTAZIONE O TRASMISSIONE È PREVISTA L'ESCLUSIONE.

Nella domanda di ammissione il dichiarante dovrà indicare, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e sotto la propria responsabilità:

- a) il cognome e il nome;
- b) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- c) la cittadinanza;
- d) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- e) il possesso del diploma di scuola dell'obbligo;
- f) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione (questa ASL non assume alcuna responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito fornito o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore);
- g) scelta della sede formativa;
- h) il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (Ue) 2016/679 recante il "*Regolamento generale sulla protezione dei dati*" del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

#### Alla domanda di ammissione vanno allegati:

- **fotocopia fronte retro, leggibile e con foto chiara, di un documento di identità personale in corso di validità, pena l'esclusione;**
- **ricevuta di versamento di € 20,00** su c/c postale n. 16636656 intestato a: ASL Pescara, via R. Paolini, n. 45 – 65124 Pescara; CAUSALE: CONTRIBUTO CONCURSALE CORSO O.S.S. 2021, (**pena l'esclusione**).

**IL CONTRIBUTO CONCURSALE NON SARÀ IN ALCUN CASO RIMBORSATO**

La domanda di ammissione dovrà essere firmata in calce dal candidato.

**La mancata sottoscrizione della domanda determinerà l'esclusione del candidato dalla selezione.**

**ART. 4 - FORMULAZIONE GRADUATORIA**

Qualora il numero delle domande di ammissione fosse superiore a quello dei posti disponibili, si procederà alla formulazione di una graduatoria sulla base dei titoli posseduti così ripartiti:

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| A) Titoli di studio   | max punti 10 |
| B) Titoli di servizio | max punti 30 |

Una Commissione appositamente nominata dal Direttore Generale della ASL di Pescara procederà alla valutazione dei titoli di studio e/o di servizio dichiarati dai candidati. A parità di punteggio l'ammissione al corso avviene in base al criterio dell'età dando precedenza all'aspirante più giovane di età.

**A. Titolo di studio:**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <b>diploma di istruzione di secondo grado conseguito</b> |                 |
| con votazione fino a 42 ovvero 70                        | <b>punti 4</b>  |
| con votazione da 43 ovvero 71 a 48 ovvero 80             | <b>punti 6</b>  |
| con votazione da 49 ovvero 81 a 54 ovvero 90             | <b>punti 8</b>  |
| con votazione da 55 ovvero 91 a 60 ovvero 100            | <b>punti 10</b> |

Ai fini della **valutazione dei titoli di studio** posseduti, dovrà essere allegata alla domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000, una dichiarazione sostitutiva di certificazione, redatta utilizzando lo schema di cui all'**Allegato B**, in cui dovrà essere indicato:

- il possesso del diploma di istruzione di secondo grado, specificando il titolo conseguito;
- l'istituto presso il quale il titolo è stato conseguito ed il relativo indirizzo;
- l'anno di conseguimento;
- la votazione finale (espressa in .../sessantesimi o in .../centesimi)

Si precisa che l'**Allegato B** dovrà essere compilato chiaramente in ogni sua parte e firmato in calce, diversamente l'autodichiarazione non sarà considerata ai fini della valutazione e dell'attribuzione del punteggio.

In caso di **diploma di istruzione conseguito all'estero** allegare traduzione ufficiale in lingua italiana, nonché legalizzazione e **dichiarazione di valore in loco** a cura della Rappresentanza diplomatico-consolare italiana competente per territorio. Al fine della valutazione **il titolo di studio ed il voto dovranno risultare comprensibili. Diversamente il titolo non sarà preso in considerazione.**

**B. Titoli di servizio:**

- Servizio prestato in qualità di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza** presso le ASL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate: **punti 0,50** per mese o frazione superiore a 15 giorni
- Servizio prestato in qualità di Ausiliario Specializzato** presso le ASL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate: **punti 0,25** per mese o frazione superiore a 15 giorni
- Per il **servizio prestato in profili o qualifiche riconducibili nell'ambito delle categorie/livelli sotto specificati, con riferimento esclusivo alle qualifiche/profilo ivi menzionate che importano compiti di assistenza al paziente/utente**, nelle strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, nelle strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, nelle strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate: **punteggio specificato nella tabella sottostante**, per mese o frazione superiore a giorni 15.

CCNL	Categoria (Posizione)-Livello	PUNTI
AIOP-ARIS	Categoria B (posizioni B, B1, B2, ), qualifiche/profilo: - assistente socio-sanitario con funzioni di sostegno;	<b>punti 0,50</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausiliari socio-sanitari specializzati già inquadrati al 4° livello;</li> <li>- altri eventuali profili che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente: tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	
	<p>Categoria A (posizioni A3 – A4), qualifica/profilo di Ausiliario specializzato, limitatamente ai profili di;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ex ausiliario socio sanitario specializzato;</li> <li>- addetto all’assistenza per anziani;</li> <li>- assistente bambini;</li> <li>- assistente ed accompagnatore per disabili;</li> <li>- altri eventuali profili che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente: tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>
	<p>Categoria A (posizioni A, A1, A2), qualifica/profilo di Ausiliario e Ausiliario specializzato, limitatamente ai profili di</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ex ausiliario di assistenza per anziani;</li> <li>- ex ausiliario socio sanitario;</li> <li>- altri eventuali profili che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente: tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,10</b>
<b>REGIONI- AUTONOMIE LOCALI (per le IPAB)</b>	<p>Categoria B, profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operatore socio assistenziale;</li> <li>- altri profili, di pari categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Categoria A, con riferimento a eventuali profili di tale categoria che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</p>	<b>punti 0,25</b>
<b>UNEBA</b>	<p>Livello 4° e 4° super, qualifiche/profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operatore di assistenza o altrimenti definito a soggetti non autosufficienti;</li> <li>- operatore tecnico di assistenza ai soggetti non autosufficienti;</li> <li>- operatore di assistenza o altrimenti definito a soggetti autosufficienti;</li> <li>- operatore tecnico di assistenza a soggetti autosufficienti;</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Livello 5° e 5° super, qualifiche/profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operatore generico di assistenza;</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>
	<p>Livello 6° e 6° super, con riferimento a eventuali profili che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</p>	<b>punti 0,10</b>
<b>AGIDAE Istituti socio sanitari assistenziali- educativi</b>	<p>Categoria C (posizioni C1, C2), profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <li>- Operatore socio-assistenziale addetto all’assistenza di base o altrimenti definito;</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Categoria B (posizioni B1, B2), profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- operatrice/ore assistenziale addetta /o all'assistenza di base o altrimenti definita/o non formata/o;</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	
	Categoria A (posizioni A1, A2, A3), con riferimento a eventuali profili che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.	<b>punti 0,10</b>
ANASTE	<p>Livelli 4 - 5, profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <li>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/o formata/o;</li> <li>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/o coordinatrice/ore;</li> <li>- altri profili, di pari livello, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Livello 3, profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <li>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/o non formata/o;</li> <li>- altri profili, di pari livello, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>
	Livelli 1-2, con riferimento a eventuali profili/qualifiche di tali livelli che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.	<b>punti 0,10</b>
ANFFAS	<p>Categoria C, profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari formata/o (ADEST, OSA, etc.);</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Categoria B, profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari non formata/o;</li> <li>- altri profili, di pari livello/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>
	Categoria A, con riferimento a eventuali profili di tale categoria che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.	<b>punti 0,10</b>
COOP. SOCIALI	<p>Area/categoria C (ex livelli 4-5), profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <li>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/o formata/o;</li> <li>- altri profili, di pari area/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	<b>punti 0,50</b>
	<p>Area/categoria B (ex livello 3), profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <li>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/o non formata/o;</li> <li>- altri profili, di pari area/categoria, che svolgono compiti di assistenza nei confronti</li> </ul>	<b>punti 0,25</b>

	del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.	
	Area/categoria A (ex livelli 1-2), con riferimento a eventuali profili di tale area/categoria che svolgono compiti di assistenza nei confronti del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.	<b>punti 0,10</b>

Ai fini della **valutazione dei titoli di servizio** posseduti dovrà essere allegata alla domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, firmata in calce, redatta utilizzando lo schema di cui all'*Allegato C*, e dovranno essere indicati:

- a) i servizi prestati (specificati dettagliatamente)
- b) il periodo durante il quale il servizio è stato prestato (specificare giorno, mese, anno)

**Si specifica che** titoli e documenti devono essere prodotti esclusivamente in autocertificazione o dichiarazione sostitutiva, nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente contenuta nel T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Ai sensi della summenzionata normativa le certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni non sono utilizzabili e, se richieste dalle amministrazioni precedenti o prodotte da parte degli interessati, risultano prive di effetto; le medesime certificazioni devono essere sostituite dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà.

A mente dell'Art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 l'Azienda ha la facoltà di procedere a controlli sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle autocertificazioni, il candidato decade automaticamente dall'eventuale ammissione ottenuta e da tutti gli altri benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, ferme restando le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la quota di iscrizione versata (€ 500,00) non verrà rimborsata.

#### AVVERTENZE:

- **Gli Allegati B e C devono essere firmati in calce. Diversamente non saranno ritenuti validi ai fini della formulazione della graduatoria.**
- **La motivazione dell'esclusione dalla selezione per l'ammissione al Corso sarà comunicata ai candidati esclusi utilizzando l'indirizzo e-mail dichiarato nella domanda.**
- **Le dichiarazioni incomplete e/o incomprensibili non saranno ritenute valide ai fini della formulazione della graduatoria.**
- **Non è ammessa la produzione dei documenti dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione.**
- **NON VERRANNO CONSIDERATE** contestazioni pervenute dopo 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.

#### ART. 5 – ACCERTAMENTO MEDICO DI IDONEITA'

**I CANDIDATI AMMESSI ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO SONO ASSOGGETTATI AD ACCERTAMENTO MEDICO DI IDONEITA' PSICO-FISICA PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI SPECIFICHE PREVISTE DAL PROFILO PROFESSIONALE DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO. IN CASO DI ACCERTATA INIDONEITA' PSICO-FISICA DEI CANDIDATI UTILMENTE COLLOCATI IN GRADUATORIA, SI PROCEDE ALL'ESCLUSIONE DEL CANDIDATO INIDONEO E AL CONSEGUENTE SCORRIMENTO DELLA MEDESIMA GRADUATORIA FINO A CONCORRENZA DEL NUMERO DEI PARTECIPANTI COL NUMERO DEGLI STUDENTI PREVISTI PER IL CORSO IN QUESTIONE (Punto 9.6 – nuove Linee Guida Regionali approvate con delibera della G.R.A. n. 492/2016).**

**I candidati ammessi al corso** e convocati presso il Polo Didattico dovranno, pertanto, presentarsi muniti di certificato medico, in carta semplice, di idoneità psico-fisica rilasciato dal Servizio di Medicina Legale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

**La mancata consegna del certificato medico di idoneità psico-fisica alla data della convocazione comporta l'esclusione dal corso.**

#### ART. 6 – CONVOCAZIONI E SCORRIMENTI

I candidati ammessi al corso saranno convocati presso il Polo Didattico, sede formativa della ASL di Pescara.

**La data di convocazione sarà pubblicata ESCLUSIVAMENTE sul sito web [www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it) (sezione Polo Didattico)**

**GLI ASSENTI ALLE CONVOCAZIONI SARANNO CONSIDERATI RINUNCIATARI.**

In caso di assenti alla convocazione, rinunce o altre cause di esclusioni si procederà allo scorrimento della graduatoria.

Gli eventuali scorrimenti, fino a completamento dei posti disponibili, saranno pubblicati esclusivamente sul sito web: [www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it) (sezione Polo Didattico) unitamente alla data di convocazione.

#### ART. 7 - QUOTA DI ISCRIZIONE AL CORSO

Ciascun candidato ammesso a partecipare al corso dovrà versare, in unica soluzione, una quota d'iscrizione pari a € **500,00** (euro cinquecento/00) e produrre la **ricevuta dell'avvenuto versamento alla data di convocazione** degli ammessi al Corso, **pena l'esclusione**.

Secondo quanto previsto al Punto 10 delle Linee Guida Regionali, il mancato pagamento della quota di iscrizione determina l'esclusione del candidato dal corso e la sua sostituzione mediante scorrimento della relativa graduatoria.

L'importo versato quale quota di iscrizione non verrà rimborsato tranne in ipotesi di esclusione dal corso di un candidato già ammesso, determinata da cause esterne e non riconducibili alla volontà o alla condotta del candidato stesso.

##### **Opzioni modalità di versamento:**

- su c/c postale n. 16636656 intestato a: ASL Pescara, via R. Paolini n. 45 – 65124 Pescara
- su c/c intestato a: ASL Pescara, via R. Paolini n. 45 – 65124 Pescara  
IBAN: IT 14 E 07601 15400 000016636656
- su c/c bancario intestato a: ASL Pescara, via R. Paolini n. 45 – 65124 Pescara  
c/o Banca Popolare di Bari SPA  
IBAN: IT 29 I 05424 04297 000050000410

**CAUSALE:** QUOTA DI ISCRIZIONE AL CORSO O.S.S. 2021

#### ART. 8 - DURATA DEL CORSO E ORGANIZZAZIONE DIDATTICA

Il corso ha durata annuale, per un numero di 1000 ore.

Si articola in due moduli didattici:

- a) un modulo di base, destinato a fornire un tipo di formazione teorica-basilar 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;
  - tirocinio, per un numero di 450 ore

**Il tirocinio non può configurarsi come sostitutivo delle attività lavorative del personale e sarà svolto esclusivamente presso la sede di assegnazione.**

Le materie d'insegnamento relative alla formazione teorica sono articolate nelle seguenti aree disciplinari:

- 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 svolgerà orientativamente secondo il seguente **PIANO DIDATTICO**:

**LEZIONI TEORICHE E TIROCINIO SI SVOLGERANNO IN PERIODI DISTINTI**

**Le lezioni teoriche si svolgeranno in orario mattutino (dalle ore 8.30 alle ore 12.30) o pomeridiano (dalle ore 15.00 alle ore 19.00).**

**Il tirocinio si svolgerà la mattina (dalle ore 7.30 alle ore 13.30) oppure il pomeriggio (dalle ore 13.45 alle ore 19.45).**

La Direzione si riserva l'insindacabile facoltà di modificare il suddetto Piano Didattico qualora si rendesse necessario o opportuno per ragioni organizzative.

**LA FREQUENZA AL CORSO È OBBLIGATORIA** e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano riportato un numero di assenze superiori al 10% del monte ore previsto, con riferimento a ciascuna singola fase in cui si articola l'iter formativo (parte teorica, esercitazione/stages, tirocinio).

450 ore formazione teorica                      10% monte ore assenze consentite = 45 ore

100 ore esercitazione/stages                      10% monte ore assenze consentite = 10 ore

450 ore tirocinio                                      10% monte ore assenze consentite = 45 ore

Il corso si conclude con l'esame finale, consistente in una prova teorica ed una prova pratica, per il conseguimento del relativo attestato di qualifica, **valido su tutto il territorio nazionale**.

La valutazione di ciascuna prova d'esame è espressa in centesimi. Il punteggio minimo per ciascuna delle due prove, ai fini del conseguimento dell'attestato di qualifica, è di 60 su 100. Il voto complessivo è dato dalla media dei voti conseguiti per ciascuna delle due prove.

Per quanto non contemplato nel presente avviso si fa riferimento alle Linee Guida Regionali per la formazione dell'Operatore Socio Sanitario, approvate con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 151/2002 e ss. mm. e ii.

**ART. 9 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Nel rispetto del Regolamento (Ue) 2016/679 recante il "*Regolamento generale sulla protezione dei dati*", del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come novellato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e di ogni altra disposizione e/o normativa, nazionale e/o comunitaria, applicabile in materia di protezione dei dati personali, nonché dei provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali, gli stessi forniti dai candidati saranno raccolti presso codesta Azienda per le finalità di gestione della selezione di ammissione al corso e saranno utilizzati anche successivamente all'eventuale ammissione al corso, per le finalità inerenti la gestione del corso stesso.

**Scadenza: 02/07/2022**

F.to IL DIRETTORE GENERALE  
**Dott. Vincenzo Ciamponi**

MODELLO UNICO DI DOMANDA DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE A STAMPATELLO O A MACCHINA

**AL DIRETTORE GENERALE  
della ASL DI PESCARA  
Via Renato Paolini,45 – 65124 PESCARA**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess \_ al corso annuale per il conseguimento dell’attestato di qualifica di **Operatore Socio-Sanitario per l’anno scolastico 2021**. Lo scrivente, a tal fine, consapevole delle conseguenze penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere consapevole che la Sede Formativa effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000;

➤ Di essere nat \_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

➤ Di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_

➤ Di essere in possesso del **codice fiscale** \_\_\_\_\_

➤ Di essere iscritt \_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

➤ Di essere in possesso del diploma della **scuola dell’obbligo**;

➤ Di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso: Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

➤ Di voler frequentare il corso presso la sede di (le sedi sono: Pescara-Penne-Popoli)

- Prima scelta: \_\_\_\_\_

- Seconda scelta: \_\_\_\_\_

- Terza scelta: \_\_\_\_\_

➤ Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (Ue) 2016/679 recante il “Regolamento generale sulla protezione dei dati”, del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101

**Luogo e Data** .....

**Firma** .....

**N.B.**

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata

- Apporre luogo, data e firma leggibili

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, **anno scolastico 2021**, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "**Operatore Socio Sanitario**", ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

**D I C H I A R A**

di essere in possesso del seguente Diploma di Istruzione di Secondo Grado (**Maturità**)  
\_\_\_\_\_

**con voto finale:** ...../sessantesimi oppure ...../centesimi

conseguito presso \_\_\_\_\_

situato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**N.B.**

- **COMPILARE L'ALLEGATO B IN MODO CHIARO E COMPRENSIBILE**

- **Specificare correttamente la tipologia del diploma**

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata

- **Scrivere il voto espresso in sessantesimi o centesimi**

- Apporre luogo, data e firma leggibili

- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità leggibile e con foto chiara

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, **anno scolastico 2021**, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "**Operatore Socio Sanitario**"; ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

**D I C H I A R A**

**di aver prestato servizio**

- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
  
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
  
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
  
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
  
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Luogo e Data** .....

**Firma** .....

**N.B.**

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

- Specificare oltre la categoria anche la posizione (se previsto dal contratto di riferimento)

- **Indicare giorno, mese, anno del periodo di servizio**

- Se il servizio sussiste alla data della domanda, indicare la dicitura: "**a tutt'oggi**"

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata. Apporre luogo, data e firma leggibili

- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità leggibile e con foto chiara