



**Avviso pubblico per le iscrizioni al corso di formazione per il conseguimento della  
qualifica di "Operatore Socio Sanitario" - Anno Scolastico 2014 -  
Scade il .....**

In esecuzione alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 626 del 02.09.2014 e della deliberazione del Direttore Generale della A.USL di Pescara n. 1015 del 11.10.2013 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 2014.

**PER FREQUENTARE IL CORSO I CANDIDATI AMMESSI DOVRANNO VERSARE UNA QUOTA PARI A € 500,00**

Il corso si svolgerà presso la sede dell'Azienda U.S.L. di Pescara (Polo Didattico), e prevede la partecipazione di n. 60 unità.

**Art. 1  
REQUISITI DI AMMISSIONE**

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

- Titolo di studio: 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. 2  
DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di ammissione al corso, redatta esclusivamente utilizzando lo schema predisposto in allegato (*Allegato A*), dovrà essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Pescara - Via Renato Paolini, 47 - 65124 Pescara.

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

- tramite servizio postale, **a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno**;
- consegnata **a mano** in busta aperta presso l'Ufficio Protocollo dell'A.U.S.L. di Pescara, Via Renato Paolini, 47 - da lunedì a venerdì orario: 11.00/13.00; martedì e giovedì orario: 15.30/17.00 (conservare la ricevuta di consegna).
- utilizzando la **casella di posta elettronica certificata (P.E.C.)** di questa Azienda USL:  
*protocollo.aslpe@pec.it*

**Si precisa** che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di casella di posta elettronica certificata a sua volta.

**Per ogni altra forma di presentazione o trasmissione è prevista l'esclusione.**

LE DOMANDE DOVRANNO PERVENIRE, A PENA DI ESCLUSIONE, entro e non oltre 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. Non saranno ammesse alla selezione le domande che, sebbene **spedite entro il termine indicato**, perverranno dopo l'insediamento della commissione di valutazione. Unicamente per le domande inviate tramite servizio postale farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

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 Azienda USL 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) il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

**Alla domanda di ammissione vanno allegati:**

- fotocopia fronte retro 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: AUSL Pescara, via R. Paolini, n. 47 – 65124 Pescara; CAUSALE: CONTRIBUTO CONCORSUALE CORSO O.S.S. 2014, **(pena l'esclusione)**. **DETTO IMPORTO NON SARÀ IN ALCUN CASO RIMBORSATO**
- **elenco dei documenti allegati.**

La domanda di ammissione dovrà essere sottoscritta in calce dal candidato. La firma non dovrà essere autenticata. La mancata firma ne determinerà l'esclusione.

**Art. 3  
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 |

**A. Titolo di studio:**

- ◆ diploma di istruzione di secondo grado conseguito
 

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>

**B. Titoli di servizio:**

- b.1) Servizio prestato in qualità di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza punti 0,50 per mese o frazione superiore a 15 giorni presso le USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate;**
- b.2) Servizio prestato in qualità di Ausiliario Specializzato punti 0,25 per mese o frazione superiore a 15 giorni presso le USL, le strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, le strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, le strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate;**
- b.3) 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, punteggio specificato nella tabella sottostante, per mese o frazione superiore a giorni 15, nelle strutture sanitarie private accreditate ovvero provvisoriamente accreditate, nelle strutture socio-sanitarie appositamente autorizzate, nelle strutture socio-assistenziali appositamente autorizzate: (vedi tabella seguente)**

CCNL	Categoria (Posizione)-Livello	punteggio
AIOP-ARIS	Categoria B (posizioni B, B1, B2.), qualifiche/profilo: - assistente socio-sanitario con funzioni di sostegno; - ausiliari socio-sanitari specializzati già inquadrati al 4° livello; - altri 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 0,50</b>
	Categoria A (posizioni A3 – A4), qualifica/profilo di Ausiliario specializzato, limitatamente ai profili di: - ex ausiliario socio sanitario specializzato; - addetto all'assistenza per anziani;	<b>punti 0,25</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <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>	
	<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>CCNL</b>	<b>Categoria (Posizione )-Livello</b>	<b>punteggio</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>- Operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o all'assistenza di base o altrimenti definita/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 0,50</b>
	<p>Categoria B (posizioni B1, B2), profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistente domiciliare e dei servizi tutelari;</li> <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>	<b>punti 0,25</b>
	<p>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.</p>	<b>punti 0,10</b>

<b>ANASTE</b>	<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> </ul>	<b>punti 0,25</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <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>	
	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.	punti 0,10
ANFFAS	Categoria C, profili: <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>	punti 0,50
	Categoria B, profili: <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>	punti 0,25
	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.	punti 0,10
COOP. SOCIALI	Area/categoria C (ex livelli 4-5), profili: <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>	punti 0,50
	Area/categoria B (ex livello 3), profili: <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 del paziente/utente; tali compiti devono essere espressamente attestati nel relativo stato di servizio.</li> </ul>	punti 0,25
	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.	punti 0,10

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

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 in allegato (**Allegato B**), in cui dovrà essere indicato:

- a) il possesso del diploma di istruzione di secondo grado;
- b) l'istituto presso il quale il titolo è stato conseguito e il relativo indirizzo;
- c) l'anno di conseguimento;
- d) la votazione finale.

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.

Ai fini della **valutazione dei titoli di servizio** posseduti dovrà essere allegata alla domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000, una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, redatta utilizzando lo schema in allegato (**Allegato C**), in cui 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. 445/28.12.2000 come da ultimo novellato con le disposizioni di cui all'art.15 della legge n. 183/12.11.2011, utilizzando i modelli all'uopo predisposti ed allegati al presente bando (Allegati B e C).

**Ai sensi della summenzionata normativa, a far data dal 01.01.2012, pertanto, nei rapporti tra cittadini ed organi della Pubblica Amministrazione, anche ai fini dell'esperienza della presente procedura, le certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni non sono utilizzabili e, se richieste dalle amministrazioni procedenti 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 procederà ad appositi controlli in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle summenzionate dichiarazioni sostitutive.

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; la quota di iscrizione versata (€ 500,00) non verrà rimborsata.

**Non è ammessa la produzione dei documenti dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione.**

Si procederà allo scorrimento della graduatoria se entro 15 (quindici) giorni dalla data di convocazione degli ammessi al corso ci dovessero essere rinunce o esclusioni. Lo scorrimento sarà pubblicato sul sito web: [www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it) (sezione Polo Didattico)

**NON ALLEGARE ALLA DOMANDA DOCUMENTI NON RICHIESTI NÉ LA COPIA DEL PRESENTE BANDO**

**NON VERRANNO CONSIDERATE:** contestazioni pervenute dopo 30 gg. dalla pubblicazione della graduatoria.

#### **Art. 4**

#### **QUOTA DI ISCRIZIONE AL CORSO**

Ciascun candidato ammesso a partecipare al corso dovrà versare, in unica soluzione; una quota pari a **€ 500,00** (euro cinquecento/00) e produrre ricevuta dell'avvenuto versamento alla data della convocazione dei candidati ammessi al Corso.

Secondo quanto previsto al Punto 10 delle nuove Linee Guida Regionali (del. n. 732 del 07.11.2011), il mancato pagamento della quota di iscrizione prima dell'avvio dell'iter formativo determina l'esclusione 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: AUSL Pescara, via R. Paolini n. 47 – 65124 Pescara
- su c/c bancario intestato a: AUSL Pescara, via R. Paolini n°47 – 65124 Pescara -presso CARIFE  
IBAN: IT 98 T 06245 15410 CC0900000410
- causale: QUOTA DI ISCRIZIONE AL CORSO O.S.S. 2014

#### **Art. 5**

#### **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-basilare 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 formativa.**

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.

**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 Giunta Regionale d'Abruzzo n. 732 del 07.11.2011.

#### **Art. 6**

#### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali 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.

#### **Art. 7**

#### **PUBBLICAZIONI**

**IL TESTO DEL PRESENTE BANDO**, il modello per la predisposizione della domanda di ammissione e i relativi allegati sono disponibili sul seguente sito web: [www.ausl.pe.it](http://www.ausl.pe.it) (sezione Polo Didattico)

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

- **LA GRADUATORIA**
- **IL PIANO DIDATTICO** (parte teorica, esercitazioni/stages, tirocinio)
- **LA DATA DI CONVOCAZIONE** per l'avvio dell'iter formativo degli ammessi al Corso
- **LO SCORRIMENTO DELLA GRADUATORIA**
- **LE INFORMAZIONI UTILI**

**NON SARANNO DATE INFORMAZIONI TELEFONICAMENTE**

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Claudio D'Amario



**ALLEGATO A**

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

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA USL DI PESCARA  
Via Renato Paolini,47 – 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 2014**. 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 dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

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

**Firma** .....

**N.B.**

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

**ALLEGATO B**

**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 2014**, 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),

**DICHIARA**

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

\_\_\_\_\_

con voto finale (*specificare chiaramente*) \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_, situato

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Comune di

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

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

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

**N.B.**

- 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

**ALLEGATO C**

**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 2014, 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),

**DICHIARA**

**di aver prestato servizio** in qualità di **O.T.A.** presso l'Ente \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**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.**

- 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