

BANDO DI ISCRIZIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO SEDI di TRENTO - ROVERETO - CLES

(approvato con deliberazione del Direttore Generale nr. 176/2017 del 19/04/2017)

PERIODO FORMATIVO 2017 / 2019

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento attiva nell'anno 2017, ai sensi della Deliberazione della Giunta Provinciale nr. 509 del 31/03/2017, nr. 3 corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario rispettivamente di **35 posti a TRENTO, 40 posti a ROVERETO e 25 posti a CLES.**

Possono accedere su **priorità di posti, con esonero dall'esame di ammissione, Ausiliari in servizio** (di ruolo o non di ruolo) alla data di presentazione della domanda nella Provincia Autonoma di Trento presso strutture indicate nel bando e che hanno **svolto** attività di assistenza diretta alla persona per **almeno 12 mesi negli ultimi 3 anni**

PRESENTAZIONE DOMANDA DI ISCRIZIONE E SCADENZA BANDO da mercoledì 26 aprile 2017 ed entro le ore 12.00 di mercoledì 31 maggio 2017 alle segreterie

TRENTO: APSS Via Briamasco, 2 - dal lunedì al venerdì 8.15 - 10.15, lunedì e mercoledì 14.00 - 15.00

CLES: APSS Segreteria ambito territoriale Viale Degasperì, 41 edificio ex ospedale geriatrico (stanza 15 protocollo) - dal lunedì al venerdì 8.30 - 12.00

ROVERETO: APSS Via Lungo Leno destro, 27- dal lunedì al venerdì 8.30 - 10.30, lunedì e mercoledì 14.00 - 15.00

INFO, FAQ corso OSS - domande e risposte - e MODULISTICA

<https://www.apss.tn.it/formazione-professionale-corsi-per-operatore-socio-sanitario> in "Documenti"

La domanda di iscrizione datata e firmata, alla quale è applicata marca da bollo (€ 16,00), con allegata copia del documento di identità in corso di validità **può essere consegnata:**

- presso le segreterie sopra indicate;
- mezzo posta raccomandata con ricevuta di ritorno: la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante. Non sono considerate valide le domande pervenute alla sede formativa oltre **lunedì 19 giugno 2017**, qualunque sia la causa;
- Posta Elettronica Certificata (PEC) apss@pec.apss.tn.it, specificando nell'oggetto "domanda di iscrizione al bando per i corsi OSS 2017/2019, sede di";
- tramite fax al n. 0461/903361 (Trento) oppure 0464/403143 (Rovereto)

CONTRIBUTO PER L'ISCRIZIONE AL BANDO

Alla **domanda di iscrizione** deve essere **allegato obbligatoriamente copia del bonifico bancario di € 15,00** quale **contributo** per l'iscrizione al bando e prova di selezione al Corso OSS 2017/2019. Tale contributo non è rimborsabile per nessun motivo. Il versamento va effettuato **tramite bonifico bancario: UNICREDIT SpA** tesoreria sede di Trento codice IBAN IT 50 X 02008 01820 000000770802, specificando nome e cognome e causale "*contributo iscrizione al bando corso OSS 2017/2019, sede di*".

AMMESSI ALL'ESAME E CONVOCAZIONE PER PROVA SELETTIVA

Entro il **giorno 23 giugno 2017** sarà pubblicato nella bacheca delle sedi formative e all'indirizzo internet (pagina WEB) **l'elenco dei candidati ammessi all'esame di selezione in base alla verifica della regolarità della domanda ed al possesso dei requisiti previsti dal bando.**

Convocazione per tutte le sedi formative **martedì 27 giugno 2017 alle ore 8.30**
presso il Polo universitario delle professioni sanitarie, via Briamasco 2 - 38122 (TN) Trento
parcheggio non disponibile

L'impegno previsto sarà per l'intera mattinata. La durata della prova è di 60 minuti e avrà inizio a partire dalle ore 9.30; si prevede comunque l'impegno per l'intera mattinata del suddetto giorno in relazione all'espletamento delle procedure d'esame. L'esame di ammissione consiste in un test a risposta multipla che valuta le capacità logico matematiche e di comprensione del testo.

CHI È L'OPERATORE SOCIO SANITARIO

È l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona.

Collabora con altri professionisti all'interno di un team; lavora nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), a domicilio, in ospedale, nei centri diurni, nei servizi socio sanitari e assistenziali residenziali e semiresidenziali, nelle cooperative sociali.

Alcuni esempi di attività che svolge:

- aiuta la persona nella cura del corpo, assunzione del pasto, nel movimento, nel favorire un buon riposo e sonno, ...
- cura e mantiene il comfort, la pulizia, il riordino, la sicurezza sugli ambienti di vita e di cura
- informa, coinvolge e supporta la persona e la famiglia nelle varie attività quotidiane
- lavora in gruppo, collabora attivamente con le varie figure professionali e si integra nell'organizzazione
- realizza alcune attività sanitarie in collaborazione e supervisione dell'infermiere: misurazione pressione arteriosa, medicazioni semplici, rilevazione temperatura corporea

1. - Programma del corso OSS base: 1400 ore

Il corso dura circa 20 mesi - da settembre 2017 a giugno 2019 - con periodi alternati di lezione in aula, laboratori e tirocinio.

L'attività teorica (700 ore) si articola nelle seguenti aree di contenuto:

1. Principi assistenziali rivolti a soddisfare i bisogni della persona;
2. Tecniche assistenziali di carattere sanitario e di primo soccorso;
3. La relazione professionale con la persona da assistere, la famiglia e l'équipe;
4. Principi e tecniche operative di igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di cura;
5. Principi etici, legislativi, organizzativi e metodologia del lavoro sociale e sanitario nei diversi contesti assistenziali;
6. Principi di assistenza e approccio alla persona con problemi di salute, disagio psichico, dipendenza e disabilità.

Frequenza teorica

- dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 12.30 con alcuni rientri pomeridiani fino alle ore 16.00
- alcune lezioni sono in videoconferenza tra sedi formative

Il tirocinio (700 ore):

- prevede 4 esperienze di tirocinio di 4-5 settimane ciascuna con un impegno di 7 ore al giorno, al mattino o al pomeriggio, in strutture anche esterne al Comune in cui ha sede il corso;
- si svolge a domicilio, nei centri diurni, nelle case di riposo (RSA), in ospedale, nei centri per disabili;

È previsto l'**obbligo della frequenza**, assenze **superiori al 10% del monte ore complessivo** possono impedire l'ammissione all'esame finale. Durante il percorso sono previste prove di valutazione dell'apprendimento teorico-pratico e al termine l'esame finale di qualifica.

2. - Percorsi formativi ridotti: ausiliari e titolo di infermiere straniero non riconosciuto

Ausiliari addetti all'assistenza diretta alla persona (ai sensi della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 382/2010 3 s.m.) Il progetto formativo prevede **1.000 ore** suddivise in 700 ore di attività teorica e 300 ore di attività pratica (130 di laboratorio e 170 di tirocinio). L'impegno della frequenza è strutturato all'interno del calendario didattico programmato per il corso base di 1400 ore.

Cittadini stranieri con titolo professionale di infermiere non riconosciuto (ai sensi della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1051/2008) sono **ammessi al corso come soggetti esterni** [non su priorità di posto].

La formazione prevede **360 ore complessive**: 200 ore di **attività teorica**, 60 ore di **attività di esercitazione in laboratorio** e almeno 100 ore di **tirocinio**. L'impegno della frequenza sarà strutturato all'interno del calendario didattico programmato per gli studenti regolari.

3. - Requisiti di ammissione

1. **Età minima 17 anni** compiuti alla data di presentazione della domanda di iscrizione al corso (fa fede la data di chiusura del bando 31/05/2017).
2. **Titoli di studio:**
 - per *persone minorenni*, diploma di **scuola secondaria di primo grado (terza media) e assolvimento dell'obbligo di istruzione**;
 - per *persone maggiorenni*, possesso del **diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media)**.
 - **Per eventuali titoli di studio conseguiti all'estero:** il possesso alla data di presentazione della domanda, della **dichiarazione di valore** rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato, dove il titolo è stato conseguito, o, *in alternativa attestazione del Consolato o Ambasciata italiana* dello Stato dove il titolo è stato conseguito che evidenzia il percorso formativo svolto dalla persona con specificato il numero di anni frequentati e la tipologia di scuola frequentata. Tale attestazione dovrà inoltre riportare indicazione dell'ordinamento scolastico dello Stato in cui è stato conseguito il titolo;
3. **per cittadini stranieri, oltre ai requisiti citati al punto 1 e 2:**
 - possesso del **certificato di conoscenza della lingua italiana di livello B2** rilasciato da centri di certificazione autorizzati. Sono esonerati dalla presentazione del predetto certificato coloro che sono in possesso del titolo conclusivo del ciclo scolastico (licenza di scuola media) o di un titolo di studio di livello superiore (diploma di scuola media superiore, titolo professionale ...) conseguito in Italia.

Requisiti per ausiliari su priorità di posto

- possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media);
- essere in servizio alla data di presentazione della domanda nella provincia di Trento presso strutture sanitarie, strutture socio sanitarie, Enti gestori ai sensi della legge provinciale n. 13/2007 - Comunità - Enti del terzo settore che gestiscono i servizi di assistenza domiciliare, con inquadramento nella posizione funzionale di ausiliario addetto all'assistenza diretta alla persona e
- aver svolto attività di assistenza diretta alla persona per almeno 1 anno (12 mesi) negli ultimi 3 anni alla data di presentazione della domanda.

Requisiti per cittadini stranieri (extracomunitari o comunitari) con titolo professionale di infermiere non riconosciuto

- residenza in provincia di Trento
- titolo professionale di infermiere conseguito in paesi extracomunitari o dell'Unione Europea;
- dichiarazione di valore del titolo di infermiere
- diniego del Ministero della Salute, ai fini dell'esercizio professionale di infermiere sul territorio nazionale

ovvero

attestazione del Servizio provinciale Politiche sanitarie e per la non autosufficienza che il titolo di infermiere conseguito all'estero rappresenta analogo titolo rispetto al quale vi è già stato un esplicito diniego da parte del Ministero della Salute. In tal caso è necessario rivolgersi al predetto Servizio provinciale - Ufficio formazione e sviluppo delle risorse umane via Gilli, 4 - 38121 TRENTO (per informazioni tel. 0461/494069 dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.45).

4. - Presentazione della domanda di iscrizione (modelli allegati)

La domanda di iscrizione va compilata unicamente su apposito modulo predisposto, consegnato entro la data indicata nel bando con marca da bollo (€ 16,00). Nella domanda il dichiarante (o l'esercente la potestà) dovrà indicare, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

1. cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza e codice fiscale;
2. cittadinanza;
3. permesso di soggiorno se cittadino straniero;
4. possesso, alla data di presentazione della domanda, dei requisiti di ammissione previsti.

La firma in calce alla domanda non necessita di autentica purché venga apposta alla presenza del funzionario addetto a riceverla (per i candidati minorenni la domanda dovrà essere firmata dall'esercente la potestà o tutela). **Se non firmata davanti al funzionario addetto a ricevere la documentazione**, perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, dovrà essere datata e firmata e inviata con **allegata fotocopia (fronte e retro) di un documento di identità** in corso di validità.

Documentazione da allegare alla domanda di ammissione:

- **bonifico bancario** di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019;
- **nel caso di titoli di studio conseguito all'estero:** *copia della dichiarazione di valore* rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato, dove il titolo è stato conseguito, *oppure in alternativa attestazione del Consolato o Ambasciata italiana* dello Stato dove il titolo è stato conseguito che evidenzia il percorso formativo svolto dalla persona con specificato il numero di anni frequentati e la/e tipologia/e di scuola frequentata. Tale attestazione dovrà inoltre riportare indicazione dell'ordinamento scolastico dello Stato in cui è stato conseguito il titolo;

5. - Esame di ammissione: convocazione - martedì 27 giugno 2017 alle ore 8.30

Ammessi e partecipanti alla prova

Sul sito web sarà pubblicato l'elenco dei candidati ammessi all'esame di selezione in base alla verifica della regolarità della domanda e possesso dei requisiti previsti dal bando. All'esame dovranno presentarsi anche i candidati per i quali è prevista la priorità di posto (ausiliari in possesso dei requisiti previsti dal bando), nel caso in cui il loro numero complessivo ecceda i posti disponibili: in tal caso si procede alla formulazione di due graduatorie, una per i candidati ai quali è riconosciuta una priorità di posto ed una per gli esterni.

Data e durata della prova, richiesta di ausili o tempi aggiuntivi

La prova si svolgerà **martedì 27 giugno 2017**, i candidati devono presentarsi alle **ore 8.30**. La prova d'esame avrà inizio a partire dalle ore 9.30; la durata è di 60 minuti; si prevede comunque l'impegno per l'intera mattinata del suddetto giorno in relazione all'espletamento delle procedure d'esame.

Qualora il candidato sia **portatore di handicap**, nella domanda può inserire l'eventuale richiesta degli ausili necessari per sostenere le prove d'esame, ai sensi della legge provinciale 10 settembre 2003, n. 8 e ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché la richiesta di tempi aggiuntivi per sostenere le prove. In tal caso, alla domanda deve essere allegata - in copia semplice - certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio.

Sede dell'esame

Per tutte le sedi formative, si terrà **presso la sede del Polo Universitario delle professioni sanitarie - Via Briamasco, 2 (Trento Fiere) - 38122 Trento**. Il Candidato dovrà presentarsi con un documento di riconoscimento in corso di validità.

Tipologia di esame di ammissione

Consiste in un test a risposta multipla che valuta le capacità logico matematiche e di comprensione del testo.

Esito dell'esame e graduatoria

La graduatoria è effettuata in base al punteggio del test. A parità di posizione l'accesso avviene in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane d'età (art. 2 della Legge 16 giugno 1998, n. 191).

L'elenco degli ammessi sarà reso noto, **entro le ore 16.30 di venerdì 7 luglio 2017**, presso ogni sede formativa, mediante affissione all'albo della sede e sulla WEB.

Disponibilità di posti liberi

Il candidato rimasto escluso dall'accesso al corso nella sede scelta, può richiedere l'iscrizione ad altra sede mediante presentazione di domanda entro le ore 16.00 di **venerdì 21 luglio 2017**. La sede formativa evade le richieste tenendo conto della posizione dei candidati nella graduatoria di provenienza. Anche in questo caso a parità di posizione l'accesso avviene in base al criterio dell'età dando precedenza all'aspirante più giovane di età (art. 2 della Legge 16.06.1998 n. 191).

6. – Conferma iscrizione al corso, versamento quota di iscrizione e ammissione definitiva

La pubblicazione della graduatoria ha valore di comunicazione ufficiale agli interessati, che **entro venerdì 14 luglio 2017** dovranno **confermare l'iscrizione al corso** utilizzando il modulo on-line (pagina WEB) e provvedere al versamento della quota di iscrizione tramite bonifico bancario: UNICREDIT SpA tesoreria sede di Trento IBAN IT 50 X 02008 01820 000000770802, specificando nome e cognome e causale "*iscrizione corso OSS, sede di* , I° ciclo biennio formativo 2017/2019".

La **quota annuale di iscrizione al corso** e le relative modalità di pagamento a favore dell'Ente Gestore sono le seguenti:

- per i **residenti** in Provincia di Trento alla data di presentazione della domanda di iscrizione, per il corso base di 1.400 ore e per il corso ausiliari addetti all'assistenza di 1.000 ore la quota è definita in € 302,00 (€300,00 + € 2,00 imposta di bollo) per il I° ciclo formativo e € 102,00 (€100,00 + € 2,00 imposta di bollo) per il II° ciclo formativo;
- per i **non residenti** in Provincia Autonoma di Trento alla data di presentazione della domanda di iscrizione, per il corso base di 1.400 ore la quota è definita in € 602,00 (€600,00 + € 2,00 imposta di bollo) per il I° ciclo formativo e € 202,00 (€200,00 + € 2,00 imposta di bollo) per il II° ciclo formativo;
- per i **cittadini stranieri** (comunitari ed extracomunitari) **residenti** in Provincia di Trento, in possesso di un titolo professionale di infermiere conseguito all'estero e non riconosciuto dal Ministero della Salute la quota è definita in € 302,00 (€ 300,00 + € 2,00 imposta di bollo) per l'intero periodo di formazione da versare ad inizio corso.

La quota di iscrizione una volta versata viene restituita su richiesta del candidato, unicamente nel caso in cui il medico competente esprima un giudizio di inidoneità per lo svolgimento delle attività di tirocinio.

L'**ammissione definitiva** è subordinata al **giudizio di idoneità specifica espresso dal Medico Competente** per lo svolgimento delle attività di tirocinio previste dal profilo dell'OSS presso strutture socio sanitarie, ospedaliere ed extra-ospedaliere (ai sensi del D.lgs. n.81/2008), da effettuarsi prima dell'inizio delle attività di tirocinio.

7. - Agevolazioni per la frequenza

Gli studenti saranno **assicurati** obbligatoriamente contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, i rischi per danni cagionati a terzi o cose durante la frequenza delle attività di tirocinio, con onere a carico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Gli iscritti esterni potranno usufruire delle **borse di studio** nel rispetto dei requisiti che saranno fissati dalla Giunta provinciale.

All'atto dell'ammissione definitiva al corso è possibile chiedere il **riconoscimento di crediti formativi**, mediante la presentazione di una dettagliata documentazione delle attività didattiche svolte e del relativo profitto rilasciata dalla struttura formativa precedentemente frequentata.

8. - Riepilogo scadenze -

INFO SITO WEB: <https://www.apss.tn.it/formazione-professionale-corsi-per-operatore-socio-sanitario> in "Documenti"

Data e orario	Scadenza /termine per
Mercoledì 31 maggio 2017 ore 12.00	Presentazione domanda auto-compilata e completa di copia versamento contributo di € 15,00
Lunedì 19 giugno 2017	Domande tramite posta o corriere purché con timbro di invio entro i termini di scadenza previsti del 31 maggio 2017
Entro Venerdì 23 giugno 2017	Pubblicazione ammessi esame di ammissione (domande valide) e non ammessi (domande non valide) e comunicazione posti disponibili per gli esterni sulla base della copertura priorità di posti
Martedì 27 giugno 2017	Esame di ammissione , ore 8.30 presso Polo Universitario, Via Briamasco 2 – 38122 - Trento Presentarsi con documento di riconoscimento in corso di validità
Venerdì 7 luglio 2017	Pubblicazione graduatoria ammessi presso sede formativa e sul sito web
Venerdì 14 luglio 2017	Conferma iscrizione corso tramite consegna o invio fax modulo dedicato on-line (sito web) con la ricevuta versamento quota di iscrizione tramite bonifico bancario
Entro le ore 16.00 di venerdì 21 luglio 2017	Scadenza presentazione domanda per chi non si è collocato in posizione utile della graduatoria presso sedi con posti disponibili
Seconda settimana di Settembre	Avvio del corso - verificare conferma data ufficiale sul sito web

Trento,

IL DIRETTORE GENERALE
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Dott. Paolo Bordon

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2017/2019

Spett. le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Corso per Operatore Socio Sanitario

Sede di Trento: Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO

Sede di Cles: Viale Degasperi, 41 Segreteria ambito territoriale Valle di Non Distretto OVEST - 38023 CLES (TN)

Sede di Rovereto: Via Lungo Leno destro, 27 - 38068 ROVERETO (TN)

Il/La sottoscritto/a														
nato/a a prov. il														
residente in via n. C.A.P. Città prov.....														
numero telefono numero cellulare														
indirizzo e-mail:.....														
CODICE FISCALE:														

Eventuale diverso recapito presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla presente domanda:

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di

TRENTO **ROVERETO** **CLES**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA:

di essere in possesso della cittadinanza

di essere in possesso del titolo di studio (assolvimento obbligo all'istruzione o licenza media)

di non aver prodotto analoga domanda presso altre sedi formative

Se titolo di studio conseguito all'estero

possesso di dichiarazione di valore *ovvero* attestazione consolato o ambasciata italiana che si allega alla presente domanda

Per i cittadini stranieri, essere in possesso alla data di presentazione della domanda di (barrare le caselle di interesse):

regolare permesso di soggiorno

e qualora cittadino straniero con titolo di studio non conseguito in Italia

di aver conseguito il certificato di conoscenza della lingua italiana di livello B2 presso
..... in data

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, possono autocertificare la presenza dei requisiti richiesti limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani (art. 3 comma 2 DPR 445/00). In caso contrario, il possesso dei suddetti requisiti è comprovato mediante la produzione della relativa documentazione rilasciata dalla competente autorità dello Stato estero di appartenenza, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale (art. 3, comma 4, DPR 445/00).

di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della L.P. 10 settembre 2003 n. 8 o di cui all'art. 3 della legge 5.2.1992, n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

SI NO
(barrare la casella interessata)

se SI specificare quali:

.....;

Allegare - in copia semplice - certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio)

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare; quindi la richiesta non supportata dalla certificazione non potrà essere accolta.

Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel bando relative alla frequenza al corso, alla conferma di partecipazione e all'impegno a versare la quota di iscrizione dovuta.

SI ALLEGA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019

Se titolo di studio conseguito all'estero

copia in carta semplice della dichiarazione di valore rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato, dove il titolo è stato conseguito, o, *in alternativa*, **attestazione** del Consolato o Ambasciata italiana dello Stato dove il titolo è stato conseguito che evidenzia il percorso formativo svolto dalla persona con specificato il numero di anni frequentati e la/e tipologia/e di Scuola frequentata. Tale attestazione dovrà inoltre riportare indicazione dell'ordinamento scolastico dello Stato in cui è stato conseguito il titolo.

Luogo e data

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

..... (indicare
in stampatello il nome del dipendente)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore
Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2017/2019

Spett. le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Corso per Operatore Socio Sanitario

Sede di Trento: Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO

Sede di Cles: Viale Degasperi, 41 Segreteria ambito territoriale Valle di Non Distretto OVEST – 38023 CLES (TN)

Sede di Rovereto: Via Lungo Leno destro, 27 - 38068 ROVERETO (TN)

Il/La sottoscritto/a													
nato/a a prov il													
residente in via n.													
C.A.P. città prov.....													
numero telefono..... numero cellulare.....													
indirizzo e-mail:.....													
CODICE FISCALE:													

CHIEDE

l'ammissione al corso per Operatore Socio Sanitario del minore

presso la sede formativa di **TRENTO** **ROVERETO** **CLES**

Cognome e nome													
nato/a a prov il													
residente in via n.													
C.A.P..... città prov.....													
numero telefono..... numero cellulare.....													
indirizzo e-mail:.....													
CODICE FISCALE:													

Eventuale diverso recapito presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla presente domanda:

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA che il minore:

- ha 17 anni compiuti alla data di presentazione della domanda (fa fede la chiusura del bando 31/05/2017)
- è in possesso della cittadinanza
- ha assolto all'obbligo di istruzione
- è in possesso di regolare permesso di soggiorno se cittadino straniero
- non ha prodotto analoga domanda presso altre sedi formative

Se titolo di studio conseguito all'estero

- possesso di dichiarazione di valore *ovvero* attestazione consolato o ambasciata italiana che si allega alla presente domanda

Per i cittadini stranieri, essere in possesso alla data di presentazione della domanda di (barrare le caselle di interesse):

- regolare permesso di soggiorno
e qualora cittadino straniero con titolo di studio non conseguito in Italia
- di aver conseguito il certificato di conoscenza della lingua italiana di livello B2 presso
..... in data

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, possono autocertificare la presenza dei requisiti richiesti limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani (art. 3 comma 2 DPR 445/00). In caso contrario, il possesso dei suddetti requisiti è comprovato mediante la produzione della relativa documentazione rilasciata dalla competente autorità dello Stato estero di appartenenza, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale (art. 3, comma 4, DPR 445/00).

di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della L.P. 10 settembre 2003 n. 8 o di cui all'art. 3 della legge 5.2.1992, n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

SI NO
(barrare la casella interessata)

se SI specificare quali:

.....;

Allegare - in copia semplice - certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio)

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare; quindi la richiesta non supportata dalla certificazione non potrà essere accolta.

Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel bando relative alla frequenza al corso, alla conferma di partecipazione e all'impegno a versare la quota di iscrizione dovuta.

SI ALLEGA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- bonifico bancario** di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019

Se titolo di studio conseguito all'estero

- copia in carta semplice della dichiarazione di valore** rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato, dove il titolo è stato conseguito, o, *in alternativa*, **attestazione** del Consolato o Ambasciata italiana dello Stato dove il titolo è stato conseguito che evidenzia il percorso formativo svolto dalla persona con specificato il numero di anni frequentati e la/e tipologia/e di Scuola frequentata. Tale attestazione dovrà inoltre riportare indicazione dell'ordinamento scolastico dello Stato in cui è stato conseguito il titolo.

Luogo e data

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

..... (indicare in stampatello il nome del dipendente)

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2017/2019

Spett. le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Corso per Operatore Socio Sanitario

Sede di Trento: Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO

Sede di Cles: Viale Degasperì, 41 Segreteria ambito territoriale Valle di Non Distretto OVEST - 38023 CLES (TN)

Sede di Rovereto: Via Lungo Leno destro, 27 - 38068 ROVERETO (TN)

Il/La sottoscritto/a														
nato/a a prov il														
residente in via n. C.A.P. città prov														
numero telefono numero cellulare														
indirizzo e-mail:														
CODICE FISCALE:														

Eventuale diverso recapito presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla presente domanda:

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di

TRENTO **ROVERETO** **CLES**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA:

- di essere in possesso della cittadinanza
- di essere in possesso del titolo di studio (assolvimento all'obbligo all'istruzione o licenza media)
- di aver svolto attività di **assistenza diretta alla persona per almeno 1 anno** (12 mesi) negli ultimi 3 anni (alla data di presentazione della domanda)
- di non aver prodotto analoga domanda presso altre sedi formative
- di essere in servizio presso:** (specificare se RSA/APSP, APSS unità operativa/servizio, Casa di cura privata convenzionata, altro Ente Comunità, Cooperativa)

Se titolo di studio conseguito all'estero

possesso di dichiarazione di valore *ovvero* attestazione consolato o ambasciata italiana che si allega alla presente domanda

Per i cittadini stranieri, essere in possesso alla data di presentazione della domanda di (barrare le caselle di interesse):

regolare permesso di soggiorno

e qualora cittadino straniero con titolo di studio non conseguito in Italia

di aver conseguito il certificato di conoscenza della lingua italiana di livello B2 presso
..... in data

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, possono autocertificare la presenza dei requisiti richiesti limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani (art. 3 comma 2 DPR 445/00). In caso contrario, il possesso dei suddetti requisiti è comprovato mediante la produzione della relativa documentazione rilasciata dalla competente autorità dello Stato estero di appartenenza, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale (art. 3, comma 4, DPR 445/00).

di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della L.P. 10 settembre 2003 n. 8 o di cui all'art. 3 della legge 5.2.1992, n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI specificare quali:

.....;

Allegare - in copia semplice - certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio)

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare; quindi la richiesta non supportata dalla certificazione non potrà essere accolta.

Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel bando relative alla frequenza al corso, alla conferma di partecipazione e all'impegno a versare la quota di iscrizione dovuta.

SI ALLEGA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019

Se titolo di studio conseguito all'estero

copia in carta semplice della dichiarazione di valore rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato, dove il titolo è stato conseguito, o, *in alternativa*, **attestazione** del Consolato o Ambasciata italiana dello Stato dove il titolo è stato conseguito che evidenzia il percorso formativo svolto dalla persona con specificato il numero di anni frequentati e la/e tipologia/e di Scuola frequentata. Tale attestazione dovrà inoltre riportare indicazione dell'ordinamento scolastico dello Stato in cui è stato conseguito il titolo.

Luogo e data

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

..... (indicare
in stampatello il nome del dipendente)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore
Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2017/2019

Spett. le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Corso per Operatore Socio Sanitario

Sede di Trento: Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO

Sede di Cles: Viale Degasperì, 41 Segreteria ambito territoriale Valle di Non Distretto OVEST - 38023 CLES (TN)

Sede di Rovereto: Via Lungo Leno destro, 27 - 38068 ROVERETO (TN)

Il/La sottoscritto/a												
nato/a a prov il												
residente in via n.												
C.A.P. città prov												
numero telefono numero cellulare												
indirizzo e-mail:												
CODICE FISCALE:												

Eventuale diverso recapito presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla presente domanda:

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di

TRENTO **ROVERETO** **CLES**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA:

di essere in possesso della cittadinanza

di essere residente in provincia di Trento

di avere regolare permesso di soggiorno

di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda, del **diniego** del Ministero della salute, ai fini dell'esercizio professionale di infermiere sul territorio nazionale rilasciato in data _____ protocollo/repertorio Nr. _____

oppure,

attestazione rilasciata il _____ protocollo _____ dal Servizio Provinciale Politiche sanitarie e per la non autosufficienza che il titolo di infermiere conseguito all'estero rappresenta analogo titolo rispetto al quale vi è già stato esplicito diniego da parte del Ministero della Salute.

di non aver prodotto analoga domanda presso altre sedi formative

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, possono autocertificare la presenza dei requisiti richiesti limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani (art. 3 comma 2 DPR 445/00). In caso contrario, il possesso dei suddetti requisiti è comprovato mediante la produzione della relativa documentazione rilasciata dalla competente autorità dello Stato estero di appartenenza, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale (art. 3, comma 4, DPR 445/00).

di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della L.P. 10 settembre 2003 n. 8 o di cui all'art. 3 della legge 5.2.1992, n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI specificare quali:

.....;

Allegare - in copia semplice - certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio)

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare; quindi la richiesta non supportata dalla certificazione non potrà essere accolta.

Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel bando relative alla frequenza al corso, alla conferma di partecipazione e all'impegno a versare la quota di iscrizione dovuta.

Si allega copia della seguente documentazione:

bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019

Luogo e data

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

..... (indicare in stampatello il nome del dipendente)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.