

Azienda Ospedaliera Universitaria Tor Vergata
CODICE SI-MON: 17556
Asse R Misura 0

Avviso di selezione per l'ammissione di n° 30 allievi al corso di formazione professionale per:

“ OPERATORE SOCIO SANITARIO RIQUALIFICAZIONE AUSILIARI SANITARI ”

(Approvato dalla Regione Lazio con Determinazione n° D1007 del 16/04/2009)

CODICE SI-MON: 17556

Il corso di Riqualificazione da Ausiliario Sanitario ad Operatore Socio Sanitario è riservato ai candidati in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere in possesso del Diploma della Scuola dell'Obbligo ovvero di assolvimento dell'Obbligo Scolastico ai sensi della normativa vigente;
- Compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso;
- Permesso di soggiorno e titolo di studio validamente riconosciuto come equipollente al Diploma di Scuola dell'Obbligo in Italia per i cittadini stranieri, ovvero dichiarazione sostitutiva di assolvimento dell'obbligo scolastico;
- Essere dipendenti della Società Arcobaleno s.r.l. con mansioni socio sanitario assistenziali e prestare servizio presso il Policlinico Tor Vergata.

I suddetti requisiti possono essere comprovati con dichiarazioni, contestuali all'istanza, sottoscritte dall'interessato e prodotte in sostituzione delle normali certificazioni, secondo le modalità previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445; per quanto attiene la dichiarazione lavorativa questa deve essere prodotta dalla Società Arcobaleno S.r.l. specificando la qualifica e la data di assunzione.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.

- Per i cittadini stranieri è previsto un test di preselezione di comprensione della lingua italiana. L'eventuale esito negativo comporterà l'automatica esclusione dalla prova di selezione.
- Per l'ammissione al Corso è previsto il superamento di un test di Cultura Generale, con successiva formulazione di specifica graduatoria che terrà conto di ulteriori valutazioni relative ad altri elementi stabiliti dalla Commissione come previsti dal Progetto (ad esempio esperienza professionale maturata e/o professionalità specifica). A parità di punteggio, l'ammissione al Corso avverrà in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane.
- Il corso, della durata di n. 600 ore, sarà articolato in: modulo base, modulo specializzante, esercitazioni e tirocinio e sarà svolto presso la sede dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, Viale Oxford, 81 - 00133 - Roma -.
- La domanda di ammissione al Corso, in carta semplice, redatta su apposito modulo reperibile al sito internet aziendale www.ptvonline.it, con allegata comunicazione relativa al possesso dei requisiti richiesti potrà essere inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il

temine improrogabile del giorno **del giorno 08/11/2010 alle ore 12:00** alle ore 12:00 al seguente indirizzo: Al Direttore Generale dell'A.O.U. Policlinico Tor Vergata, Viale Oxford, 81 - 00133 - Roma - ovvero consegnata a mano in busta chiusa dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 12:00 presso l'Ufficio Sviluppo Risorse Umane - Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali - II° piano/Settore A/ Stanza n.14 - Viale Oxford, 81 - 00133 - Roma -.

- Le domande pervenute oltre il termine stabilito non saranno prese in considerazione, farà fede la data e l'ora del timbro postale.
- L'accertamento dei requisiti, controllo delle domande e relativi allegati presentati e prove selettive (test di preselezione di comprensione della lingua italiana per i cittadini stranieri e test di cultura generale) saranno effettuati da una apposita Commissione.
- L'elenco degli ammessi alla selezione con indicazione della/e data/e, luogo delle prove verrà pubblicato all'Albo Aziendale e sul sito internet aziendale www.ptvonline.it.
- La frequenza al Corso è obbligatoria. Non sono ammessi agli esami finali gli studenti che abbiano riportato un numero di assenze superiore al 20% del monte ore complessivo.
- La partecipazione al Corso di formazione, che si svolgerà in autofinanziamento, comporta il pagamento della quota individuale di partecipazione pari ad **€ 970,00 (novecentosettanta/00)**, dilazionabile in **n. 5 rate ciascuna da € 194,00, qualora il numero dei partecipanti al corso sia pari al numero dei posti disponibili.**

Le rate dovranno essere corrisposte secondo il prospetto che segue:

- 1° rata pari ad € 194,00 prima dell'inizio del corso
- 2° rata pari ad € 194,00 entro 30 giorni dalla 1° rata;
- 3° rata pari ad € 194,00 entro 30 giorni dalla 2° rata;
- 4° rata pari ad € 194,00 entro 30 giorni dalla 3° rata;
- 5° rata pari ad € 194,00 prima dell'esame finale.

Nel caso che i candidati selezionati siano di poco inferiori al numero dei posti previsti, l'Azienda ha la possibilità di riparametrare la sovvenzione al numero dei selezionati.

Il mancato pagamento della prima rata determinerà l'esclusione del candidato ed il relativo scorrimento della graduatoria, il mancato pagamento delle successive rate determinerà l'esclusione dagli esami finali. Nel caso invece di ritardato pagamento, verrà applicata una mora del 10% per ogni rata;

- L'ammissione al Corso è subordinata al pagamento della prima rata pari ad € 194,00 da effettuarsi prima dell'inizio del Corso.
- Il presente Avviso ed il fac-simile della domanda sono reperibili e scaricabili sul portale aziendale all'indirizzo: www.ptvonline.it.
- Nella domanda di ammissione dovrà essere riportato il seguente codice corso:

Si_Mon: 17556

- La domanda di ammissione alla selezione, composta dagli Allegati 1 e 2 al presente Avviso, debitamente compilati, e dalla ulteriore documentazione richiesta, dovrà essere firmata in calce senza alcuna autentica della firma ex art. 39 D.P.R. 445/00. Sulla busta i candidati dovranno riportare il codice di riferimento della selezione. [es. Cod: Si-mon 17555].
- Tutto quanto dichiarato utilizzando gli Allegati 1 e 2 al presente Avviso (domanda di ammissione) si intende prodotto in regime di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000.
- Non si terrà conto delle domande prodotte oltre i termini di scadenza dell'Avviso (per quelle spedite con raccomandata A/R farà fede il timbro postale accettante). L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

- Tutti i candidati che presenteranno domanda entro la data di scadenza sono ammessi con riserva alla prova selettiva. L'Amministrazione procederà ad effettuare idonei controlli sulle dichiarazioni sostitutive presentate, secondo le modalità di cui all'art. 71 del D.P.R. 445/00. Fermo restando quanto previsto all'art. 76 della norma predetta, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
- I candidati dovranno presentarsi, muniti di idoneo documento d'identità, per sostenere la prova selettiva che si svolgerà il giorno **30/11/2010** con la seguente modalità:

DATA	ORE	AULA
30 Novembre 2010	9.00	Policlinico Tor Vergata Aula Anfiteatro Piano -1

-
- **Modalità di pagamento:** Versamento quota mediante bonifico bancario sul c.c. n:

IBAN IT 68 V 03002 05157 000401108394

Specificare nella causale:

Nome e Cognome nonché la seguente dicitura: Quota Corso in Autofinanziamento di Riqualificazione da Ausiliario Sanitario ad Operatore Socio Sanitario.

- Il libro consigliato e dal quale la commissione procederà all'extrapolazione dei quiz da somministrare nelle prove selettive è il seguente: **"2000 Quiz per i concorsi pubblici. Cultura generale e attualità"** Autore **Giuseppe Cotruvo** - Casa Editrice **Maggioli Editore** – **Ultima Edizione**. Ad **ESCLUSIONE** dei seguenti capitoli: **Cap.III, Cap IV, Cap VI, Cap X, Cap XI, Cap XII**.
- L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente Avviso qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità od opportunità per ragioni di pubblico interesse, escludendo per i candidati qualsiasi pretesa o diritto.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti rivolgersi presso:

Regione Lazio – Servizio U.R.P., via R.R.Garibaldi, n. 7 – Roma

Regione Lazio – Servizi di Orientamento (indirizzi reperibili sul sito Internet www.sirio.regione.lazio.it)

Sede del soggetto attuatore - A.O.U. Policlinico Tor Vergata – tel. 06/20904787 – 06/20900062.

Al termine del Corso, gli allievi che avranno superato le prove di esame, conseguiranno un Attestato di Riqualificazione in Operatore Socio Sanitario valido agli effetti della legge quadro n°845 del 21 dicembre 1978 e della legge regionale n°23 del 25 febbraio 1992.

I dati dei candidati saranno trattati ai sensi della legge n.196/03.

IL DIRETTORE GENERALE
Enrico Bollero

ALLEGATI 1 e 2¹

DOMANDA DI AMMISSIONE – AVVISO DI SELEZIONE

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER N. 30 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO – COD. SELEZIONE _____²

ALL. 1

Spazio riservato all'Amministrazione
PROTOCOLLO ENTRATA

**AL DIRETTORE GENERALE
dell'A.O.U. POLICLINICO TOR VERGATA
viale Oxford, 81 – 00133 ROMA**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per il CORSO DI RIQUALIFICAZIONE PROFESSIONALE PER N. 30 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO

A tal fine, ai sensi di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopraccitato, **DICHIARA:**

COGNOME													
NOME													
DATA DI NASCITA													
LUOGO DI NASCITA											PROV		
CODICE FISCALE													
RESIDENTE A							PROV			CAP			
VIA/PIAZZA ecc.													
RECAPITO TEL.	fisso:						mobile :						
e-mail												@	

- Di essere cittadino/a _____
- Di essere in possesso dell'età minima – 17 anni – richiesta per l'accesso:
- Di essere in possesso alla data di scadenza dell'avviso del seguente titolo di studio valido per l'accesso alla selezione:

Barrare titolo di studio: Diploma di Scuola dell'obbligo: Diploma di Scuola secondaria di II° grado:
Laurea di I° livello: Laurea Specialistica o Diploma di Laurea:
Tipo Titolo di studio _____ Conseguito il _____
presso _____ di _____
n° anni corso di studio: _____ votazione _____/_____

³ **SOLO PER I CITTADINI STRANIERI:** DI DICHIARARE DI AVER ASSOLTO ALL'OBBLIGO SCOLASTICO ovvero di essere in possesso alla data di scadenza dell'avviso del seguente titolo di studio valido per l'accesso alla selezione _____
Conseguito il _____ presso _____ di _____
n° anni di corso di studio: _____ con votazione _____/_____

¹ Tutto quanto dichiarato utilizzando i presenti Allegati 1 e 2 (domanda di ammissione) si intende prodotto in regime di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000.

² La domanda di ammissione alla selezione, dovrà essere **inviata in busta chiusa entro i termini previsti nell'avviso** con raccomandata A/R **OVVERO consegnata a mano** in busta chiusa, nei termini previsti dall'avviso presso il Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali II° piano Settore A/Stanza 14 – Ufficio Sviluppo Risorse Umane, entro le ore 12.00 del giorno di scadenza. Nel caso in cui il giorno di scadenza sia festivo il termine è prorogato alle ore 12.00 del primo giorno non festivo.

³ DA COMPILARE SOLO PER I CITTADINI STRANIERI

di prestare servizio presso la Società "ARCOBALENO s.r.l. " con mansioni socio-assistenziali dal _____⁴

(autocertificare servizio utilizzando l'Allegato 2)

II/La sottoscritto/a indica il seguente recapito cui indirizzare le comunicazioni relative alla selezione: (solo se diverso dalla residenza)

via/p.zza/ecc. _____ n. _____

luogo _____ (____) cap. _____

II/La sottoscritto/a dichiara inoltre di usufruire dei benefici di cui alla legge 5.2.92 n. 104 e di richiedere, per lo svolgimento della prova di selezione d'esame, ausili e concessione di tempi aggiuntivi: (barrare solo se interessati e allegare documentazione comprovante)

II/La sottoscritto/a ALLEGA alla presente domanda di ammissione:

- l'allegato 2, comprovante il possesso dei requisiti⁵
- la copia di un documento di identità in corso di validità.

II/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000, che tutto quanto dichiarato corrisponde al vero e che le fotocopie allegate sono conformi all' originale in proprio possesso.

II/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003, autorizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata al trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.

Luogo _____ data _____

Firma _____

(firma per esteso e leggibile – non autenticare)

⁴ La presente selezione è riservata ai dipendenti della Società ARCOBALENO S.r.l. in servizio presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata.

ALL. 2

▪ **PUNTO 1) - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE¹** (Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____

luogo _____ cap _____ pr _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti di T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA _____

▪ **PUNTO 2) - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'²** (Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____

luogo _____ cap _____ pr _____

Consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti di T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA _____

Il sottoscritto dichiara altresì che tutte le copie allegate alla presente sono conformi all'originale in suo possesso.

DATA _____

Firma per esteso e leggibile

(allegare obbligatoriamente copia del documento di identità)

¹ Compilare il punto 1 del presente modulo per le dichiarazioni concernenti stato di famiglia, iscrizione ad ordini professionali, titoli di studio, titoli professionali, specializzazioni, abilitazioni, titoli di formazione ed aggiornamento etc.; la firma non deve essere autenticata;

² Compilare il punto 2 del presente modulo per le dichiarazioni concernenti tutti gli stati, qualità personali o fatti non espressamente indicati nell'art. 46 del predetto D.P.R. che siano a diretta conoscenza dell'interessato (ad es. attività di servizio, borse di studio, incarichi libero-professionali, docenze, conformità di copie agli originali etc.). Le dichiarazioni rese dai candidati, in quanto sostitutive a tutti gli effetti della certificazione, dovranno contenere tutti gli elementi presenti nella documentazione originale; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non validità del titolo auto-certificato. Alla dichiarazione deve essere allegata obbligatoriamente copia del documento di identità.