

## AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE

### PER L'AMMISSIONE AL MODULO DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE PER IL CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA (400 ore)

Anno formativo 2019-2020

In esecuzione della Deliberazione G.R.T. n. 1548 del 09/12/2019 e della Deliberazione D.G. n. 44 del 24/01/2020, è indetta pubblica selezione per l'ammissione al **MODULO DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 400 ore – Anno Formativo 2019/2020** (ai sensi dell'Accordo sancito il 16/01/2003 - repertorio atti n. 1604 in sede di Conferenza Stato-Regioni tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario) per complessivi

## 30 POSTI

### FINALITA' DEL CORSO

Il corso ha lo scopo di formare un Operatore in grado di assicurare l'assistenza di base in ambito sanitario, collaborando al processo assistenziale definito dall'infermiere/ostetrica anche con prestazioni sanitarie specifiche, assegnate sulla base del profilo, della pianificazione infermieristica/ostetrica ed in relazione alla complessità assistenziale.

### ARTICOLAZIONE DEL CORSO

Il Modulo di Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria, con frequenza obbligatoria, ha la durata di 400 ore :

- Didattica frontale/interattiva	ore 208
- Laboratorio	ore 42
- Tirocinio	ore 150

---

TOTALE	ore 400
--------	---------

### ESAME FINALE

L'ammissione all'esame finale è disposta dal collegio dei docenti ed è subordinata al raggiungimento della sufficienza in tutte le valutazioni previste ed alla regolare frequenza di tutte le attività formative.

Non sono ammessi agli esami finali gli studenti che abbiano riportato un numero di assenze superiore al 10% delle ore previste per la parte didattica frontale/interattiva, laboratorio e il 10% del monte ore previsto per la parte di tirocinio. A seguito dell'esame finale viene rilasciato l'attestato di qualifica di OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA, valido su tutto il territorio nazionale.

### REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Possono presentare domanda tutti coloro, compresi i cittadini stranieri, che sono in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, o di titolo equipollente, rilasciato ai sensi dell'art. 13 dell'Accordo 22/02/2001 (l'equipollenza deve essere stata prevista con Atto Deliberativo da parte di una Regione italiana) al momento della scadenza del presente bando.

**Le sopra dette certificazioni dovranno essere presentate tassativamente, pena l'esclusione dal corso, allegate alla domanda di partecipazione** anche mediante le forme di semplificazione delle certificazioni amministrative e le dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 19, 46 e 47 DPR 445/2000 e all'art. 15 c. 1 L. 183/2011.

## MODALITA' DI SELEZIONE:

Per l'ammissione al Modulo di Formazione Complementare in assistenza sanitaria sono previste le seguenti modalità di selezione:

### 1) **PROVA SCRITTA (max. punti 60):**

Soluzione di un test composto da 60 domande a risposta multipla teso ad accertare le competenze acquisite nell'ambito del modulo professionalizzante previsto dal curriculum formativo dell'O.S.S. ed in particolare **legislazione sanitaria e aspetti giuridici, anatomia e fisiologia, elementi di igiene, assistenza di base (con particolare riferimento all'ambito sanitario) e organizzazione dei servizi sanitari**. Ad ogni risposta esatta verrà assegnato n. 1 punto, nessun punteggio sarà attribuito alle risposte errate o alle mancate risposte. La prova scritta sarà considerata superata con il raggiungimento del punteggio minimo di punti 31/60;

La prova avrà un tempo di compilazione di **una ora**, fatti salvi i casi in cui la legge prevede la concessione di tempi ulteriori. In tali casi è onere del candidato allegare alla domanda la pertinente documentazione.

### 2) **VALUTAZIONE DEL SERVIZIO (max punti 40):**

- Il servizio prestato presso strutture assistenziali sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private nella qualifica di OTAA o AAB (ed equipollenti), in possesso dello specifico titolo, sarà valutato considerando punti 1 per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione, per periodi non inferiori a 3 mesi. **(massimo di punti 16)**

**Detto servizio dovrà essere documentato con certificato di servizio, pena la mancata valutazione dello stesso. Nel caso di servizio prestato alle dipendenze di Strutture Pubbliche questo dovrà essere auto-certificato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000.**

- Il servizio prestato presso strutture assistenziali socio sanitarie pubbliche e private nella qualifica di Operatore Socio Sanitario, in possesso dello specifico titolo, sarà valutato considerando punti 3 per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione, per periodi non inferiori a 3 mesi. **(massimo di punti 24)**

**Detto servizio dovrà essere documentato con certificato di servizio, pena la mancata valutazione dello stesso. Nel caso di servizio prestato alle dipendenze di Strutture Pubbliche questo dovrà essere auto-certificato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000.**

**La graduatoria finale sarà formulata in base alla somma del punteggio conseguito nella prova scritta e della valutazione del servizio. A parità di punteggio l'ammissione al corso avverrà in base al criterio dell'età dando precedenza all'aspirante più giovane (art 2 della Legge 16 giugno 1998 n. 191).**

**La prova di selezione per l'ammissione al corso si svolgerà il giorno**

**05 Maggio 2020 – ore 11.00**

Per effettuare la prova di selezione, i candidati dovranno presentarsi con un documento valido di riconoscimento.

La sede di svolgimento della prova scritta di selezione e gli elenchi degli ammessi e degli esclusi, saranno visibili in data **28/04/2020** sul sito internet dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana

Non si provvederà ad effettuare altra comunicazione al riguardo, pertanto tutti i concorrenti sono tenuti a prendere visione delle suddette comunicazioni.

I candidati che non si presenteranno ad effettuare il test nel giorno, nell'ora e nel luogo stabiliti, saranno considerati rinunciatari.

I candidati che non risulteranno in possesso dei requisiti previsti e/o non avranno compilato la domanda in modo completo, saranno esclusi dalla selezione.

## RISERVA DEI POSTI

il 50% dei posti è riservato al personale dipendente secondo la seguente suddivisione:

- metà ai dipendenti a tempo indeterminato delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del SSN" in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario. **Detta condizione dovrà essere auto-certificata ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000.**
- metà al personale operante con contratto di lavoro a tempo indeterminato nelle strutture sanitarie private e socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio sanitari e assistenziali, in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario. **Detta condizione dovrà essere documentata con certificato di lavoro, pena la mancata valutazione della stessa. Nel caso di lavoro alle dipendenze di Strutture Pubbliche detta condizione dovrà essere auto-certificata ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000.**

Qualora le due quote riservate non siano completamente ricoperte, i rimanenti posti si compensano tra i due contingenti e nel caso in cui rimangano posti liberi questi saranno destinati ai restanti candidati.

L'ammissione definitiva al Corso avverrà previo accertamento medico di idoneità allo svolgimento del tirocinio nei servizi, previsto dal curriculum formativo. L'eventuale non idoneità comporta l'esclusione dal modulo.

La certificazione è redatta dal medico competente dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana. Gli studenti dovranno effettuare gli accertamenti clinici e di laboratorio, nonché le vaccinazioni previste dai protocolli in atto per il personale dipendente nella qualifica corrispondente.

Prima di effettuare gli accertamenti necessari gli studenti dovranno aver pagato la somma corrispondente alla quota di iscrizione. In caso di accertata inidoneità allo svolgimento del tirocinio nei servizi da parte del Medico Competente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana provvederà a rimborsare la somma versata.

## PAGAMENTO CONTRIBUTO PER SELEZIONE E QUOTA DI ISCRIZIONE

E' previsto il versamento di **Euro 10,00** quale contributo per la partecipazione alla selezione (prova scritta).

Il contributo deve essere pagato, pena esclusione, da tutti i candidati che presenteranno domanda di ammissione, allegando la ricevuta di pagamento al modulo di domanda stesso. Il versamento dovrà essere effettuato sul c.c.p. n. 12828562, intestato all'Azienda Ospedaliero -Universitaria Pisana – Servizio Tesoreria – Via Roma n. 67 – 56126 PISA. Deve essere indicata la seguente causale : "Contributo selezione modulo OSS FC 2019-2020".

E' prevista inoltre, una quota di iscrizione nella misura di **Euro 252,00**, esente IVA ai sensi dell'art.10 comma 20 del D.P.R. 633/72, a carico dei candidati ammessi al corso. Il versamento della quota di iscrizione, da pagare quale condizione imprescindibile per la frequenza del corso ed a pena di esclusione dallo stesso, è previsto in un'unica soluzione prima dello svolgimento degli esami clinici e di laboratorio finalizzati all'accertamento medico dell'idoneità allo svolgimento del tirocinio nei servizi, previsto dal curriculum formativo.

Il contributo per la partecipazione alla selezione e la quota di iscrizione non sono soggette a rimborso in caso di eventuale rinuncia.

## PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di ammissione alla selezione, redatta in carta libera secondo il modello predisposto e debitamente sottoscritta, deve essere inviata esclusivamente per posta (raccomandata A.R.), pena esclusione, al seguente indirizzo:

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana  
Via Roma n. 67 – 56126 Pisa**

**entro e non oltre il giorno 20/03/2020**

a tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

In applicazione del nuovo codice dell'Amministrazione digitale (CAD), le domande di ammissione potranno essere inviate anche tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC) esclusivamente in un unico file formato PDF – al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana : [pec-aoupisana@legalmail.it](mailto:pec-aoupisana@legalmail.it)

Le domande provenienti da caselle non certificate o inviate a una casella differente da quella indicata, non saranno ammesse. Ai fini della scadenza dei termini, fa fede il rilascio – entro la scadenza prevista – della RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA dal sistema di posta elettronica certificata che attesta l'avvenuta ricezione della comunicazione: l'assenza di questa notifica indica che la domanda non è stata ricevuta dal sistema. E' onere del candidato verificare, attraverso la notifica di cui sopra, l'avvenuta ricezione della domanda da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

**Nella domanda di ammissione gli interessati devono dichiarare:**

- 1) nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e Codice Fiscale;
- 2) la cittadinanza;
- 3) gli attestati di qualifica posseduti, specificando, data e sede della struttura/ente formativa/o dove sono stati conseguiti;
- 4) i servizi prestati nella posizione di Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (O.T.A.A.), Addetto all'Assistenza di Base (A.A.B.) o titoli equipollenti, Operatore Socio Sanitario (OSS), come specificato nell'avviso stesso, indicando chiaramente l'esatta denominazione della struttura presso la quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato – tempo pieno/tempo parziale con relativa percentuale, il periodo di servizio effettuato, nonché le eventuali interruzioni – aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc. – e quanto altro necessario per valutare il servizio stesso;
- 5) il diritto alla riserva dei posti, specificando la denominazione dell'Azienda/Struttura presso la quale è prestato servizio o in alternativa, indicando la propria posizione di dipendente a tempo determinato o di inoccupato;
- 6) l'indirizzo di posta elettronica al quale inviare tutte le comunicazioni;
- 7) la condizione occupazionale.

La domanda deve essere firmata dall'interessato (a pena di esclusione dalla selezione).

**I cittadini stranieri devono essere in regola con le norme vigenti concernenti la disciplina dell'immigrazione e la condizione dello straniero.**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- Ricevuta in originale del versamento del contributo di Euro 10,00 per la partecipazione alla selezione;
- Copia in carta semplice dell'Attestato di Qualifica Professionale (O.S.S./O.T.A.A./A.A.B. o titoli equipollenti) posseduto;

- Certificazione del servizio prestato presso strutture assistenziali sanitarie e socio sanitarie private nelle posizioni funzionali richieste dal presente avviso. In caso di servizio prestato alle dipendente di Enti Pubblici questo dovrà essere auto-certificato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000;
- Certificazione della condizione di lavoratore dipendente a tempo indeterminato presso strutture assistenziali sanitarie e socio sanitarie private. In caso di lavoro alle dipendenze di Strutture Pubbliche detta condizione dovrà essere auto-certificata ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 (vedi il parafo RISERVA DEI POSTI del presente Avviso);
- Pertinente certificazione in caso di necessità di tempi ulteriori per lo svolgimento della prova selettiva;
- Copia in carta semplice del Permesso di Soggiorno (solo per i cittadini non comunitari soggiornanti in Italia);
- Copia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità;

**Le dichiarazioni rese nella domanda sotto forma di autocertificazione devono, comunque, contenere tutti gli elementi e le informazioni previsti dalle certificazioni che sostituiscono.**

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

**L'Amministrazione svolgerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate riservandosi l'esclusione dalla graduatoria, in caso di difformità tra situazione dichiarata e situazione effettiva accertata.**

**Chiunque rilasci dichiarazioni non veritiere o false è punito ai sensi del codice penale e decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.**

#### ***Informativa Trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003***

*Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento delle procedure selettive di ammissione e successiva gestione del Modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario A.F. 2019/2020. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.Lgs. n. 196/2003, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure selettive di ammissione e gestione del corso ai sensi delle disposizioni normative vigenti. Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana. Il responsabile del trattamento è il Direttore dell'U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana.*

#### **RICHIESTA DATI SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (INFORMATIVA)**

La Regione Toscana, tramite le Aziende Sanitarie, desidera verificare la situazione occupazionale dei candidati riferita al periodo di partecipazione alla selezione per il corso di Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria e anche quella (per i candidati ammessi al corso) riferita alla situazione successiva al conseguimento del titolo di OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria.

I candidati, quindi, potranno, facoltativamente, dichiarare le informazioni riferite alla propria attuale situazione occupazionale e altresì rilasciare un'autorizzazione per eventuali indagini successive all'attività formativa, al fine di verificare gli effetti sull'occupazione.

**Questa Azienda si riserva la facoltà di modificare, annullare o sospendere il presente avviso, qualora lo ritenesse opportuno.**

**Per informazioni e chiarimenti gli interessati possono rivolgersi all' Azienda Ospedaliero –  
Universitaria Pisana presso:**

- Direttore dei Corsi di formazione per O.S.S.  
**Via Roma 67 – 56126 PISA Presidio di S. Chiara Ed. 19 tel. 050/993881 (lun.-sab.)**
  
- U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane – PO Formazione del Personale  
**Via Roma 67 – 56126 PISA Presidio di S. Chiara Ed. 9 tel. 050/996232 (lun.- ven.)**

**Pisa, 20/02/2020**

**IL DIRETTORE GENERALE**

***F.to Dr.ssa Silvia Briani***

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana  
Via Roma n. 67  
56126 Pisa

## SELEOSSFC2020

**Domanda di ammissione alla selezione per la partecipazione al Modulo di Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario – anno formativo 2019-2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nazione \_\_\_\_\_ codice fiscale I I I I I I I I I I I I I I I I I

### **CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'ammissione al Modulo di Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario - anno formativo 2019/2020, per il conseguimento del relativo attestato.

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità**

### **DICHIARA**

1) di essere di sesso [M] [F]

2) di essere cittadino [1] Italiano

[2] Comunitario \_\_\_\_\_ (indicare nazionalità)

[3] Extracomunitario \_\_\_\_\_ (indicare nazionalità)

3) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP

\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

4) di essere domiciliato al seguente indirizzo (da compilare solo se diverso dalla residenza)

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov.

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

5) di voler ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica:

\_\_\_\_\_

6) di essere in possesso del seguente titolo di studio

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| [1] scuola media inferiore   | [4] laurea triennale e/o titoli equipollenti |
| [2] diploma scuola superiore | [5] laurea specialistica                     |
| [3] diploma universitario    | [6] altro _____                              |

conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'istituto \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

7) di aver preso atto dell'INFORMATIVA inserita nel relativo bando pubblico riguardo alla richiesta dati/informazioni circa l'attuale situazione occupazionale dei candidati e riguardo anche ad eventuali indagini successive all'attività formativa che potranno essere espletate dall'Azienda al fine di verificare gli effetti sull'occupazione.

8) per quanto indicato al punto precedente (n. 7), dichiara inoltre:

a) di essere nella seguente condizione occupazionale:

**in cerca di prima occupazione** (*di cercare lavoro*)

da meno di 6 mesi     da 6 a 11 mesi     da 12 a 24 mesi     da oltre 24 mesi

**occupato o in CIG ordinaria** e, in particolare

di essere occupato presso l'impresa o l'ente     privata     pubblica

di essere nella seguente condizione:

contratto a tempo indeterminato     contratto a tempo determinato

contratto di formazione e lavoro     autonomo

contratto con agenzia di somministrazione di lavoro (interinale)

altro tipo di contratto \_\_\_\_\_

**disoccupato, in mobilità o CIG straordinaria**

di essere disoccupato     da meno di 6 mesi     da 6 a 11 mesi

di essere in mobilità o CIG     da 12 a 24 mesi     da oltre 24 mesi

**studente**

**inattivo diverso da studente** (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, in servizio sociale*)

b)  di autorizzare     di non autorizzare

l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana in merito ad eventuali indagini successive all'attività formativa per verificare gli effetti sull'occupazione.



9) di essere in possesso dell'Attestato di qualifica di **OPERATORE SOCIO SANITARIO**, rilasciato ai sensi dell'art. 12 dell' "Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22/02/01", per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario, o **titolo equipollente**, conseguito in data \_\_\_\_\_ durata del corso ore \_\_\_\_\_ svolto presso il centro formazione/istituto \_\_\_\_\_ sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

*\* in caso di **titolo equipollente** indicare di seguito l'Ente e gli estremi dell'atto deliberativo ai sensi del quale è stato rilasciato il titolo (nome della regione, numero e data dell'atto):*

Regione \_\_\_\_\_ Delibera Giunta Regionale n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

10) di essere in possesso dell'Attestato di qualifica di **O.T.A.A.:**

indicare il tipo di attestato \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ durata del corso ore \_\_\_\_\_  
svolto presso il centro formazione/istituto \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

11) di essere in possesso dell'Attestato di qualifica di **A.A.B.** o titolo equipollente: A.D.A., O.S.A., Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali:

indicare il tipo di attestato \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ durata del corso ore \_\_\_\_\_  
svolto presso il centro formazione/istituto \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

12) di avere diritto alla **riserva dei posti** in quanto attualmente dipendente a tempo indeterminato di:

- Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_
- Struttura assistenziale socio-sanitaria \_\_\_\_\_
- Cooperativa \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

13) **Servizio svolto** nella qualifica di **“Operatore Socio Sanitario”** come dipendente di **STRUTTURE**

**PUBBLICHE/PRIVATE** :

a) - tempo indeterminato:

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**b) - tempo determinato:**

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**14) Servizio svolto** nella qualifica di “**O.T.A.A.**” come dipendente di **STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE**:

**a) tempo indeterminato:**

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**b) tempo determinato:**

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**15) Servizio svolto** nella qualifica di “**A.A.B. o titoli equipollenti**” come dipendente di **STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE** :

**a) tempo indeterminato:**

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**b) tempo determinato:**

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

Azienda/Ente/Struttura \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se **part-time** indicare percentuale \_\_\_\_\_%

**DICHIARAZIONI INTEGRATIVE PER I CITTADINI STRANIERI:**

Il/La sottoscritto/a **dichiara inoltre:**

- di essere in regola con la vigente normativa che disciplina l'immigrazione e la condizione di straniero;
- di essere in possesso del Permesso di soggiorno rilasciato da: \_\_\_\_\_  
valido fino alla data \_\_\_\_\_;

**16)** di aver preso visione e di conoscere le prescrizioni contenute nell'avviso pubblico di selezione **con particolare attenzione alla comunicazione della data, del giorno e della sede per l'espletamento della prova scritta di selezione.**

**17)** di essere a conoscenza che la domanda di ammissione potrà essere inviata anche tramite casella di posta Elettronica Certificata (PEC), esclusivamente in un unico file formato PDF, al seguente indirizzo: pec-aoupisana@legalmail.it

**18)** che quanto dichiarato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

**19)** di autorizzare l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003.

Il/La sottoscritto/a dichiara che tutta la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fac-simile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di  
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.° 445/2000

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

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

---

---

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e degli effetti da questo conseguenti e di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Fac-simile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di  
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.° 445/2000

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

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

=====

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e degli effetti da questo conseguenti e di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.