

## BANDO DI ISCRIZIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO SEDI di TRENTO - ROVERETO - TIONE - ZIANO DI FIEMME

(approvato con deliberazione del Direttore Generale nr. 201/2018 del 17/04/2018)

### PERIODO FORMATIVO 2018/2020

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento attiva nell'anno 2018, ai sensi della Deliberazione della Giunta Provinciale nr. 600 del 9 aprile 2018, nr. 4 corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario rispettivamente di **40 posti a TRENTO, 40 posti a ROVERETO, 25 posti a TIONE e 25 posti a ZIANO di FIEMME.**

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 lunedì 23 aprile 2018 ed entro venerdì 1 giugno 2018 alle segreterie

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

**ROVERETO:** APSS Via Lungo Leno destro, 27- dal lunedì al venerdì 8.30 - 10.30, lunedì e mercoledì 14.00 - 15.00; chiusa lunedì 30 aprile 2018

#### 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 venerdì 8 giugno 2018**, qualunque sia la causa;
- alla Posta Elettronica Certificata (PEC) [apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it) anche tramite mail personale (non fornisce ricevuta di ricevimento) specificando nell'oggetto "domanda di iscrizione al bando per i corsi OSS 2018/2020, 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 2018/2020. 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 2018/2020, sede di .....*".

### AMMESSI ALL'ESAME E CONVOCAZIONE PER PROVA SELETTIVA

Entro **venerdì 22 giugno 2018** 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 **giovedì 28 giugno 2018 alle ore 8.30**  
presso il Polo universitario delle professioni sanitarie, via Briamasco 2 - 38122 (TN) Trento

La durata della prova è di 60 minuti e avrà inizio a partire dalle ore 9.30; si prevede un impegno per l'intera mattinata del suddetto giorno in relazione all'espletamento delle procedure d'esame.

I candidati sono ammessi a sostenere l'esame previa esibizione di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (carta d'identità, passaporto, patente di guida, tessera postale ....).

## CHI È L'OPERATORE SOCIO SANITARIO

È l'operatore che svolge attività per soddisfare i bisogni della persona; svolge tecniche per mantenere l'autonomia di persone dipendenti; mantiene comfort, pulizia e riordino negli ambienti di vita e di cura in RSA, a domicilio, in ospedale, nei centri diurni e nelle cooperative sociali per anziani, adulti e disabili; informa, dialoga, coinvolge e supporta la persona e la famiglia nelle varie attività quotidiane; lavora in gruppo dove trasmette informazioni, collabora con i vari professionisti e registra le attività svolte.

### 1. - Programma del corso OSS base: 1400 ore

Il corso dura circa 20 mesi - da settembre 2018 a giugno 2020 - con periodi alternati di lezione in aula, laboratori e tirocinio.

**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 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 16.00/17.00
- nelle sedi formative periferiche diverse lezioni sono in videoconferenza

**Il tirocinio** (700 ore)

- 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 nelle case di riposo (RSA), a domicilio, nei centri diurni, nei centri per disabili e in ospedale.  
Esempi di attività di apprendimento: tecniche di cura del corpo (es. bagno assistito), aiuto all'assunzione del pasto, mobilitazione e posizionamento della persona, igiene ambientale e di materiali (es. disinfezione, sterilizzazione, pulizia e riordino carrelli e ambienti di vita o di cura), comunicare con la persona e i familiari, riferire e/o documentare dati all'interno del team, utilizzare sistemi informatici.

È previsto l'**obbligo della frequenza**, assenze **superiori al 20% del monte ore complessivo** possono impedire l'ammissione all'esame di qualifica. 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, titolo di infermiere straniero non riconosciuto, OTA e OSA

**Ausiliari addetti all'assistenza diretta alla persona: 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 (ai sensi della Deliberazione della G. P. 382/2010 3 s.m.).

**Cittadini stranieri con titolo professionale di infermiere non riconosciuto** [non su priorità di posto] ammessi come soggetti esterni: **360 ore complessive** di cui 200 ore di **attività teorica**, 60 ore di **attività di esercitazione in laboratorio** e almeno 100 ore di **tirocinio** (ai sensi della Deliberazione della G.P. 1051/2008). L'impegno della frequenza sarà strutturato all'interno del calendario didattico programmato per gli studenti regolari.

**OTA e OSA** [non su priorità di posto] ammessi al corso come soggetti esterni: **OTA ore da 72 a 135; OSA ore da 45 a 135** in base alle ore di formazione precedenti come previsto dalla Deliberazione della G. P. 3405/2002.

### 3. - Requisiti di ammissione

Possono presentare domanda di ammissione al corso i seguenti soggetti:

- cittadini italiani;
- cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- cittadini non comunitari, regolarmente soggiornanti in Italia.

**Requisiti per tutti:**

1. **Età minima 17 anni** compiuti alla data di presentazione della domanda di iscrizione al corso (fa fede la data di chiusura del bando 01/06/2018).

## 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 *titoli di studio conseguiti all'estero*: possesso 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 con titoli non conseguiti in Italia:

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 aggiuntivi** (oltre ai requisiti citati al punto 1, 2 e 3):

### **per ausiliari su priorità di posto,**

- 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.

### **per cittadini stranieri 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).

**per OTA e OSA** che non hanno frequentato i corsi di riqualificazione organizzati nel 2003, o che, se frequentati, non hanno sostenuto le due sessioni d'esame di qualifica:

- **OTA** in servizio o residenti in provincia di Trento,
- **OSA** in possesso di titolo rilasciato dalla Provincia Autonoma di Trento, residenti in provincia di Trento o dipendenti di una struttura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale, di tipo pubblico o privata, ubicata in provincia di Trento.

## **4. - Presentazione della domanda di iscrizione: modelli allegati e scadenza 1 giugno 2018**

**Può essere presentata presso una unica sede formativa**, compilata unicamente *su apposito modulo* allegato al presnete 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 (es. uso di servizio postale, fax, mail) si deve **allegare 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 2018/2020;
- **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* (vedere punto 4 requisiti);
- **nel caso di candidati portatori di disabilità** (L. 104/1992) o con **disturbi specifici dell'apprendimento** (L. 170/2010) copia semplice certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate sul rilascio delle certificazioni. Per la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010 deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età [vedere punto 8]

## 5. - Esame di ammissione

---

### **Ammessi e partecipanti alla prova**

Sul sito web sarà pubblicato l'elenco dei candidati ammessi all'esame di selezione. All'esame dovranno presentarsi anche i candidati per i quali è prevista la priorità di posto, 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.

### **Tipologia di esame di ammissione**

L'esame di ammissione, della durata di 60 minuti, consiste in un test a risposta multipla che valuta le capacità logico matematiche e di comprensione del testo.

### **Richiesta di ausili o tempi aggiuntivi**

Il candidato portatore di disabilità ha il diritto di richiedere gli ausili necessari per l'espletamento del test di ammissione ovvero l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi o misure compensative (es calcolatrice). La richiesta deve essere manifestata previa specifica richiesta sul modulo di iscrizione con allegata la certificazione diagnostica.

### **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 venerdì 6 luglio 2018**, presso ogni sede formativa, mediante affissione all'albo della sede e sul 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 martedì 17 luglio 2018. 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). L'iscrizione presso la sede non d'elezione comporta la fuoriuscita dalla graduatoria di appartenenza.

**Da martedì 17 luglio fino a venerdì 5 ottobre 2018**, ogni ente gestore potrà utilizzare la graduatoria di ogni sede formativa per assegnare, secondo l'ordine della stessa, i posti che dovessero rendersi vacanti.

## 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 13 luglio 2018** dovranno **confermare l'iscrizione al corso** (vedi on-line) provvedendo 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 2018/2020".

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 **percorsi formativi ridotti** (cittadini stranieri con titolo professionale di infermiere non riconosciuto e per OTA e OSA) ai sensi delle deliberazioni di Giunta provinciale n. 1051/2008 e 3405/2002 la quota è definita in € 302,00 (€ 300,00 + € 2,00 imposta di bollo) per l'intero periodo formativo.

La quota di iscrizione, una volta versata, viene restituita solo qualora il candidato si iscriva successivamente ad un corso di laurea: in tal caso la richiesta deve essere inoltrata all'ente gestore, entro e non oltre venerdì 5 ottobre 2018, allegando la documentazione che comprova l'iscrizione.

## 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
<b>Venerdì 1 giugno 2018</b>	<b>Presentazione domanda</b> compilata e completa di copia versamento contributo di € 15,00
<b>Venerdì 8 giugno 2018</b>	Domande tramite <b>posta o corriere</b> purché con <b>timbro di invio entro i termini di scadenza</b> previsti del 1 giugno 2018
<b>Entro Venerdì 22 giugno 2018</b>	<b>Pubblicazione ammessi esame di ammissione (domande valide) e non ammessi (domande non valide)</b> e comunicazione posti disponibili per gli esterni sulla base della copertura priorità di posti
<b>Giovedì 28 giugno 2018</b>	<b>Esame di ammissione</b> , ore 8.30 presso Polo Universitario, Via Briamasco 2 – 38122 - Trento Presentarsi con documento di riconoscimento in corso di validità
<b>Venerdì 6 luglio 2018</b>	<b>Pubblicazione graduatoria ammessi</b> presso sede formativa e sul sito web
<b>Venerdì 13 luglio 2018</b>	<b>Conferma iscrizione</b> corso tramite consegna o invio fax modulo dedicato on-line (sito web) <b>con la ricevuta versamento</b> quota di iscrizione tramite bonifico bancario
<b>Entro martedì 17 luglio 2018</b>	Scadenza presentazione domanda per chi non si è collocato in posizione utile nella graduatoria presso sedi con posti disponibili
<b>Da martedì 17 luglio fino a venerdì 5 ottobre 2018</b>	Potrà essere utilizzata la graduatoria per assegnare, secondo l'ordine della stessa, i posti che dovessero rendersi vacanti
<b>Settimana dal 10 al 14 settembre 2018</b>	<b>Inizio corso – ore 8.30</b> presso la sede formativa – sarà pubblicata la data on-line

Trento, 17 Aprile 2018

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

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2018/2020**

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

**Segreteria di Trento:** Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO oppure

**Segreteria 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 può essere scelta una unica sede

- TRENTO**    **ROVERETO**    **TIONE**    **ZIANO DI FIEMME**

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 conseguito in Italia (assolvimento obbligo all'istruzione o licenza media)

**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 alla legge 104/1992 e legge 170/2010 richiedere, per l'espletamento delle prove i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

richiedere per la prova i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi necessari (riportarli di seguito):

.....;

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare;

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

**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 2018/2020

*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 2018/2020**

Spett.le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Corso per Operatore Socio Sanitario  
**Segreteria di Trento:** Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO oppure  
**Segreteria 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**

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di può essere scelta una unica sede

- TRENTO**    **ROVERETO**    **TIONE**    **ZIANO DI FIEMME**

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 01/06/2018)
- è in possesso della cittadinanza .....
- ha assolto all'obbligo di istruzione conseguito in Italia
- è in possesso di regolare permesso di soggiorno se cittadino straniero

**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 alla legge 104/1992 e legge 170/2010 richiedere, per l'espletamento delle prove i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

richiedere per la prova i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi necessari (riportarli di seguito):  
.....;

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare;

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

**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 2018/2020

*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 2018/2020**

Spett.le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Corso per Operatore Socio Sanitario  
**Segreteria di Trento:** Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO oppure  
**Segreteria 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 può essere scelta una unica sede

**TRENTO**    **ROVERETO**    **TIONE**    **ZIANO DI FIEMME**

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 conseguito in Italia (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 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 alla legge 104/1992 e legge 170/2010 richiedere, per l'espletamento delle prove i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

richiedere per la prova i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi necessari (riportarli di seguito):

.....;

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare;

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

**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 2018/2020

*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 2018/2020**

Spett.le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Corso per Operatore Socio Sanitario  
**Segreteria di Trento:** Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO oppure  
**Segreteria 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 può essere scelta una unica sede

**TRENTO**    **ROVERETO**    **TIONE**    **ZIANO DI FIEMME**

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 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 alla legge 104/1992 e legge 170/2010 richiedere, per l'espletamento delle prove i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

richiedere per la prova i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi necessari (riportarli di seguito):

.....;

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare;

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

**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 2018/2020

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 2018/2020**

Spett. le Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Corso per Operatore Socio Sanitario

**Segreteria di Trento:** Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO oppure

**Segreteria 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 può essere scelta una unica sede

- TRENTO**    **ROVERETO**    **TIONE**    **ZIANO DI FIEMME**

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 del titolo di studio conseguito in Italia (assolvimento all'obbligo all'istruzione o licenza media)
- di essere in servizio presso:** (specificare se RSA/APSP, APSS unità operativa/servizio, Casa di cura privata convenzionata, altro Ente Comunità, Cooperativa)
- 
- di essere in possesso dell'attestato di qualifica di **O.S.A.** rilasciato dalla Provincia Autonoma di Trento conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso la Scuola \_\_\_\_\_ con un corso della durata di n. \_\_\_\_\_ ore
- di essere in possesso dell'attestato di qualifica di **O.T.A.** conseguito nell'anno ..... presso la Scuola ..... con un corso della durata di n. .... ore

- di non aver frequentato, in provincia di Trento, alcun corso di riqualificazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario
- di aver frequentato, in provincia di Trento, uno o più corsi di riqualificazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, ma di non aver sostenuto le due sessioni dell'esame di qualifica;
- 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 alla legge 104/1992 e legge 170/2010 richiedere, per l'espletamento delle prove i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

richiedere per la prova i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi necessari (riportarli di seguito):  
.....;

La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare;

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

**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 2018/2020

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.