

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 - 70123 Bari
Sede operativa: via G. Verdi 38 - Tel. 080 3217901
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
REA n° 530566
E-mail: sanitaservice@asl_bari.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

Prot. N. 14587/Sanitaservice Asl Ba

Agli ausiliari dipendenti Sanitaservice ASL BA

OGGETTO: RETTIFICA comunicazione relativa ai corsi di riqualificazione per Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

A seguito di verifiche effettuate modifichiamo la comunicazione precedente (prot.n. 14479 del 03/06/2014 che toglieremo dal sito per evitare confusioni) e si comunica che accetteremo la presentazione dei curriculum vitae firmato senza la precedente richiesta nota dichiarazione autocertificata, anche perché nella domanda di ammissione esiste già un format di autocertificazione predefinita sufficiente. Nel contempo, al fine di aiutare a velocizzare la redazione e la presentazione del curriculum, rilasciamo un modello utile divulgato anche per i strutturati ASL BA.

Per cui il personale ausiliario che è interessato al corso di riqualificazione professionale, dovrà far pervenire preferibilmente a mano o via PEC, nel modo più celere possibile considerato che il sistema regionale, dove saranno caricati i dati, sarà attivo solo per pochi giorni, presso la sede amministrativa aziendale in via G. Verdi, 36 a BARI, la seguente documentazione entro e non oltre le ore 14.00 del 14 giugno 2014:

- Domanda di ammissione al bando compilata e sottoscritta secondo il modello allegato;
- Curriculum vitae professionale **firmato**, in cui sono elencati analiticamente periodi lavorativi, mansioni ricoperte e titoli di studio con eventuali corsi di aggiornamento frequentati;
- Copia del documento di identità in corso di validità (**firmato e datato**).

Si ricorda che le domande pervenute fuori dai termini indicati oppure incomplete della documentazione richiesta non saranno prese in considerazione.

Bari, 06 giugno 2014

L'Amministratore Unico

Dr. Francesco De Nicola



N.B. Si riconferma che quelli che hanno già consegnato la domanda non sarà necessario ripresentarla se contiene tutti e tre i documenti necessari su riportati.

MODELLO DOMANDA AMMISSIONE .

All'Azienda _____

Via _____

Oggetto. Domanda di ammissione per la partecipazione al percorso formativo di riqualificazione professionale in Operatore Socio Sanitario, di cui all'Avviso 1/2014, adottato con Determinazione del Dirigente Servizio Formazione Professionale n. 399 del 9 maggio 2014, pubblicata sul B.U.R.P. n. 62 del 15 maggio 2014.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____ n. _____, CAP _____, provincia _____ codice fiscale _____, **alla data di pubblicazione del presente Avviso, ausiliario in servizio presso _____, con contratto di lavoro a tempo _____**, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art.li 46 e 47 D.P.R. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole altresì delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, con la presente:

CHIEDE

di essere ammesso al percorso formativo di riqualificazione professionale in Operatore Socio Sanitario di cui all'Avviso 1/2014, adottato con Determinazione del Dirigente Servizio Formazione Professionale n. 399 del 9 maggio 2014, pubblicata sul B.U.R.P. n. 62 del 15 maggio 2014, riservato al personale ausiliario già in servizio a tempo indeterminato e determinato alle dirette dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli II.RR.CC.CC.SS. pubblici, nonché al personale in servizio con contratti a tempo indeterminato e determinato alle dipendenze di Enti Ecclesiastici, Case di Cura private accreditate con il S.S.R., IRCCS privati, e altri soggetti privati titolari e gestori di strutture private sanitarie extraospedaliere accreditate (hospice, RSA, strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali) e dei servizi domiciliari, nonché delle strutture sociosanitarie (RSSA, case per la vita, comunità socioriabilitative).

DICHIARA

ai predetti fini **di svolgere attività di cura, con prestazioni di base, rivolte ai pazienti** delle strutture ospedaliere, sanitarie extraospedaliere (hospice, RSA, strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali) e dei servizi domiciliari, ovvero presso le società in house delle Aziende;

di non essere dipendente in servizio, a tempo indeterminato, già in possesso dell'attestato di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza, pertanto, destinatario di un progetto formativo distinto già avviato dal Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia;

di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara, inoltre, di voler ricevere ogni comunicazione inerente la presente procedura al seguente indirizzo:

Impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196/2003 il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta siano trattati, nel rispetto del D.lgs n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura ed autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito internet della Regione Puglia.

All'uopo allega alla presente:

curriculum formativo professionale;

copia del documento di identità in corso di validità;

Data _____

Firma

curriculum vitae

Avviso Pubblico n. 1/2014 della Regione Puglia

DATI ANAGRAFICI:

Nome e Cognome: _____

Nato a: _____ il: _____ Residente in: _____

Città: _____ Telefono: _____ Cellulare: _____

Titoli di studio:

- _____ Anno: _____
Conseguito presso: _____
- _____ Anno: _____
Conseguito presso: _____
- _____ Anno: _____
Conseguito presso: _____

Corsi di specializzazione/perfezionamento/abilitazione:

- Frequentato presso: _____ Periodo: _____
- Frequentato presso: _____ Periodo: _____
- Frequentato presso: _____ Periodo: _____

Periodi di servizio svolti:

- dal _____ al _____ Qualifica/Pos. Funzionale _____
Azienda _____ Unità Operativa/Servizio _____
Compiti Assegnati _____
- dal _____ al _____ Qualifica/Pos. Funzionale _____
Azienda _____ Unità Operativa/Servizio _____
Compiti Assegnati _____
- dal _____ al _____ Qualifica/Pos. Funzionale _____
Azienda _____ Unità Operativa/Servizio _____
Compiti Assegnati _____
- dal _____ al _____ Qualifica/Pos. Funzionale _____
Azienda _____ Unità Operativa/Servizio _____
Compiti Assegnati _____
- dal _____ al _____ Qualifica/Pos. Funzionale _____
Azienda _____ Unità Operativa/Servizio _____
Compiti Assegnati _____

Corsi di formazione e aggiornamento:

- corso: _____
Durata dal _____ al _____ (m. _____ gg. _____) Esame Finale SI - NO

- corso: _____
Durata dal _____ al _____ (m. _____ gg. _____) Esame Finale SI - NO

- corso: _____
Durata dal _____ al _____ (m. _____ gg. _____) Esame Finale SI - NO

- corso: _____
Durata dal _____ al _____ (m. _____ gg. _____) Esame Finale SI - NO

Altri percorsi Professionali, Formativi, Culturali (in relazione alla specificità del posto oggetto della selezione): _____

Firma

AUTODICHIARAZIONE:

Il sottoscritto _____ dichiara che il proprio nucleo familiare è formato da:

_____ : moglie

_____ : figlio

_____ : figlia

_____ :

_____ :

Portatori di handicap: _____

Possessori di invalidità: _____

In fede