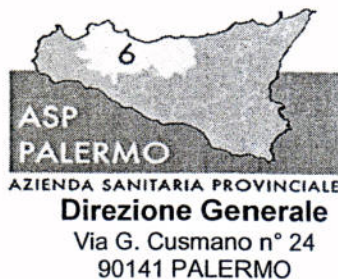


PALERMO li 15 GEN. 2020  
PROT. N. ASP/1879/2020



## AVVISO INTERNO

In riferimento all'Atto Programmatico di qualificazione professionale attraverso corsi OSS aziendali per personale contrattista dell'ASP di Palermo, di cui alla nota prot. n. ASP/1729/2020 del 14/01/2020, che richiama la deliberazione n. 383 del 17 aprile 2015 con la quale sono stati istituiti, ai sensi del D.A. 2533 del 02/11/2011, n. 9 corsi di qualificazione OSS ( di cui 4 attivati e conclusi con la deliberazione n.279 del 08/03/2019 e.s.m.i.), 5 dei quali ancora non attivati;

### si dà avviso

che è possibile partecipare ai **“Corsi di Formazione per Operatori Socio Sanitari rivolti al personale contrattista aziendale”**.

L'utilizzo dei soggetti formati potrà avvenire a seguito di successiva apposita selezione per il reclutamento, sia nell'ambito di questa Azienda per i posti vacanti e disponibili, sia nell'ambito delle altre aziende del S.S.R. di questa provincia rispetto le disponibilità insistenti nelle stesse, a seguito di apposite procedure di convenzionamento per l'utilizzo della graduatoria formata a seguito della predetta selezione.

Il presente avviso è riservato esclusivamente:

### al personale aziendale con contratto a tempo determinato - “Contrattisti”

Si fa presente che tutti i candidati che avranno presentato istanza saranno sottoposti, preventivamente all'ammissione ai corsi di qualificazione, alla visita medica di idoneità fisica alla specifica mansione di O.S.S..

Le istanze degli interessati, redatte secondo l'allegato modello, dovranno essere indirizzate alla Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, e dovranno pervenire, esclusivamente, presso l'Ufficio Protocollo Generale della Sede Legale di Via Giacomo Cusmano, 24 Palermo, entro il termine perentorio di giorni quindici a decorrere dalla pubblicazione del presente avviso.

Inoltre dovrà essere dichiarato l'eventuale possesso di titolo di qualificazione OSS, specificandolo nell'apposita parte prevista; gli stessi saranno esentati dalla partecipazione al predetto corso di qualificazione, previa verifica del titolo conseguito.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., si avvisa che l'Azienda Provinciale di Palermo è autorizzata al trattamento dei dati personali degli istanti, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura, e che la struttura organizzativa di riferimento è la U.O. Formazione, sita in Palermo in via I. Pindemonte n. 88 – tel. 091/7034391 - fax 091/7034020, alla quale potranno rivolgersi per informazioni.

Il presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale e copia dello stesso verrà affisso all'Albo della Sede Legale Aziendale.

IL Direttore Generale  
Dr.ssa Daniela Faraoni



04

Spett.le  
Azienda Sanitaria Provinciale  
Via Giacomo Cusmano, 24  
90141- PALERMO

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CORSI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
Cod. Fiscale n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_,  
numero cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_,

CHIEDE

di essere ammesso alla partecipazione dei Corsi di Formazione per Operatore Socio Sanitario rivolti al personale contrattista aziendale, di cui all' Avviso Interno del \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle conseguenze penali comminate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendace, dichiara (*segnare e compilare solo una delle dichiarazioni previste*):

- 1) di essere dipendente dalla suddetta Azienda con contratto a tempo determinato - Contrattista - Matr. n. \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_, e di prestare attualmente servizio presso la macrostruttura \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ con sede nel Presidio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di:**

Non essere in possesso di attestato di qualificazione OSS

essere in possesso di attestato di qualificazione OSS organizzato da \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_.

Autorizza codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini dell'espletamento di tutti gli atti inerenti la procedura dei Corsi di Formazione per Operatore Socio Sanitario.

Le comunicazioni inerente la presente istanza dovranno essere inviate al presente indirizzo:

\_\_\_\_\_.

Alla presente, allega fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità.

Palermo, li \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_