



OPERA ARMIDA BARELLI

## CORSO PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO SEDE DI BORGO VALSUGANA

### BANDO DI ISCRIZIONE AL CORSO PER "OPERATORE SOCIO-SANITARIO" PERIODO FORMATIVO 2017/2019

Sono aperte le iscrizioni al corso per "Operatore Socio-Sanitario", istituito con delibera della Giunta Provinciale n. 1643 in data 30 giugno 2000 e s. m., e con riferimento alla delibera della Giunta Provinciale n. 509 del 31 marzo 2017, a decorrere

**dal giorno mercoledì 26 aprile 2017  
fino alle ore 12.30 del giorno mercoledì 31 maggio 2017**

La frequenza al corso comporta il pagamento di una quota annuale di iscrizione:

- a) per coloro che si iscrivono al corso OSS base di 1.400 ore (compresi gli ausiliari ammessi su priorità di posto di cui al punto 5) è definita in:
  - € 300,00 (trecento) per il I ciclo formativo e in € 100,00 (cento) per il II ciclo formativo per i residenti in Provincia di Trento alla data di presentazione della domanda di iscrizione al corso
  - € 600,00 (seicento) per il I ciclo formativo e in € 200,00 (duecento) per il II ciclo formativo per i non residenti in Provincia di Trento alla data di presentazione della domanda di iscrizione al corso
- b) per i cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) in possesso di un titolo professionale di infermiere conseguito all'estero e non riconosciuto dal Ministero della Salute la quota è definita in € 300,00 (trecento) per l'intero periodo formativo.

La quota di iscrizione, una volta versata, viene restituita su richiesta del candidato medesimo unicamente nel caso in cui il medico competente esprima giudizio di non idoneità per lo svolgimento della attività di tirocinio.

All'atto della presentazione della domanda è richiesto il pagamento di € 15,00 da effettuarsi tramite bonifico bancario specificando nella causale "contributo per la domanda di iscrizione al bando per i corsi OSS Borgo Valsugana 2017/2019" indicando chiaramente: Nome Cognome del richiedente utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

**UniCredit Banca – Agenzia Rovereto Leoni  
IBAN: IT 21 Z 02008 20802 000040008789**

Tale contributo non è rimborsabile per alcun motivo.

### *1. Requisiti per l'iscrizione.*

Possano iscriversi al corso coloro che:

- a) hanno un'età minima di 17 anni compiuti alla data di presentazione della domanda di iscrizione al corso;
- b) se minorenni: sono in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media) e dell'assolvimento dell'obbligo di istruzione;
- c) se maggiorenni: sono in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media);

- d) per eventuali titoli di studio conseguiti all'estero: presentino, all'atto della domanda, la **dichiarazione di valore** rilasciata dal Consolato o dall'Ambasciata italiana dello Stato dove il titolo è stato conseguito, o, in alternativa, l'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;
- e) se cittadini stranieri: sono in possesso, in aggiunta ai requisiti sopra esposti, del **certificato di conoscenza della lingua italiana di livello B2** rilasciato da centri di certificazione autorizzati. Sono esonerati dalla presentazione del predetto certificato, i cittadini stranieri che sono in possesso del titolo conclusivo del primo 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.

È prevista la **priorità di posto**

- a) a favore di coloro che, in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media), alla data di presentazione della domanda, sono in servizio nella provincia di Trento presso strutture sanitarie, strutture socio-sanitarie, Enti gestori ai sensi della L.P. 13/2007 – Comunità – Enti del terzo settore che gestiscono i servizi di assistenza domiciliare, sono inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario addetto all'assistenza diretta alla persona e che hanno svolto attività di assistenza diretta alla persona per almeno 1 anno (12 mesi) negli ultimi 3 anni;
- b) per coloro che sono residenti in un Comune della Comunità di Primiero per un **numero massimo di 5 posti**.

Si precisa che per tutti l'ammissione definitiva al corso è subordinata in ogni caso al giudizio di idoneità specifica espresso da parte del medico competente per lo svolgimento delle attività di tirocinio previste dal profilo dell'OSS presso le strutture socio sanitarie, ospedaliere ed extraospedaliere (D. Lgs. 81/2008) da effettuare prima dell'inizio delle attività di tirocinio.

Per i requisiti aggiuntivi specifici dei cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) in possesso di un titolo professionale di infermiere conseguito all'estero e non riconosciuto dal Ministero della Salute, si veda lo specifico punto 5.

La certificazione dei requisiti dovrà essere allegata, in copia, alla domanda di ammissione al corso.

## ***2. Esame di ammissione***

L'accesso al corso è a numero programmato. Per il periodo formativo 2017/2019 il numero dei posti disponibili, inclusi coloro che hanno priorità di posto, è di n. **35**. Qualora le richieste d'iscrizione siano superiori a **35**, l'accesso al corso avviene mediante il superamento di un esame di ammissione.

***Tale esame è fissato per il giorno***

***Martedì 27 giugno 2017***  
presso il Polo didattico delle Professioni sanitarie  
dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari  
via Briamasco, 2 – Trento (Ex Trento Fiere)

I candidati sono convocati **alle ore 8.30** e la prova d'esame avrà inizio a partire dalle 9.30. *La durata della prova è di 60 minuti. Si prevede comunque un impegno per l'intera mattinata del suddetto giorno, in relazione all'espletamento delle procedure d'esame.*

Si avvisa che per quel giorno non sarà utilizzabile il parcheggio del Polo didattico delle Professioni sanitarie dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

L'elenco dei candidati che sono convocati al predetto esame è pubblicato nella bacheca della sede formativa e reso noto all'indirizzo [www.operaarmidabarelli.org](http://www.operaarmidabarelli.org), entro **venerdì 23 giugno 2017**.

**Non seguiranno altre convocazioni.**  
**Il candidato dovrà presentarsi personalmente, munito di un documento di riconoscimento in corso di validità**

All'esame d'ammissione partecipano anche coloro per i quali è prevista la priorità di posto nel caso in cui il loro numero ecceda i posti disponibili.

In tale evenienza si procede alla formulazione di tre graduatorie:

- a) per gli esterni
- b) per il personale dipendente
- c) per i residenti in un Comune della Comunità di Primiero

L'esame d'ammissione consiste in un test a risposta multipla che valuta le capacità logico-matematiche e di comprensione del testo dei candidati.

L'esito dell'esame sarà reso noto esclusivamente mediante affissione della graduatoria all'albo della sede formativa e disponibile all'indirizzo [www.operaarmidabarelli.org](http://www.operaarmidabarelli.org) entro **venerdì 7 luglio 2017**.

Tale pubblicazione ha valore di comunicazione ufficiale agli interessati, i quali dovranno  
**entro venerdì 14 luglio 2017**  
presentare **conferma dell'iscrizione** al corso e provvedere al versamento della quota di iscrizione.

All'atto della conferma gli interessati dovranno allegare.

- a) la ricevuta del pagamento della quota d'iscrizione di € **300,00** (trecento) se residenti in Provincia di Trento o di € **600,00** (seicento) se residenti fuori Provincia di Trento effettuando bonifico bancario indicando come causale **"Iscrizione I Ciclo Corso OSS 2017/2018 sede di Borgo Valsugana – nome, cognome dell'allievo"**, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

**UniCredit Banca – Agenzia Rovereto Leoni**  
**IBAN: IT 21 Z 02008 20802 000040008789**

- b) 3 foto formato tessera, firmate sul retro
- c) gli operatori in servizio (di ruolo e non di ruolo) presso le strutture di cui al precedente punto 1 dovranno inoltre produrre una dichiarazione che attesti l'esistenza del rapporto di lavoro, la qualifica posseduta, le attività svolte, la data di assunzione ed i periodi lavorati.

La disponibilità di posti liberi presso una sede formativa consente al candidato rimasto escluso dall'accesso al corso nella sede prescelta di richiedere l'iscrizione al corso mediante presentazione d'istanza presso altra sede. La scuola evade le richieste, **pervenute entro le ore 13.00 di venerdì 21 luglio 2017**, tenendo conto del punteggio dei candidati nella graduatoria di provenienza. A parità di posizione l'accesso avviene in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane (art. 2 della Legge 16 giugno 1998, n. 191).

I candidati esclusi che verranno ammessi presso la sede scelta dovranno dare **conferma dell'iscrizione** al corso, provvedere al versamento della quota di iscrizione e fornire la documentazione sopra indicata **entro le ore 12.30 di martedì 25 luglio**. La raccolta di tali conferme avrà luogo presso la sede di Levico Terme (vedasi riferimenti al successivo punto 7)

Qualora non si dovesse raggiungere il **numero minimo di 15 iscrizioni**, il corso sarà accorpato con quello della sede di Levico Terme, per un numero massimo di 49 iscritti.

### 3. *Attività didattiche.*

- a) Il piano studi si articola su **1.400 ore** complessive, comprendenti attività d'aula, attività di laboratorio e di tirocinio;
- b) per la sede di Borgo Valsugana il corso avrà durata di circa 20 mesi, a partire dalla data di inizio delle lezioni, prevista per il giorno **lunedì 04 settembre 2017**
- c) le lezioni si svolgeranno **prevalentemente** al mattino con orario 8<sup>10</sup>–13<sup>10</sup> per un totale di circa **25 ore settimanali**;
- d) il tirocinio pratico avrà orario variabile e potrà essere svolto in strutture anche esterne al Distretto sanitario in cui ha sede il corso;
- e) il corso si concluderà con un esame finale per il rilascio **dell'attestato di qualifica professionale** da parte della Provincia Autonoma di Trento;
- f) la **frequenza è obbligatoria** e comporta la partecipazione alle attività teoriche, tecnico-pratiche e di tirocinio; è ammessa un'assenza del 10% del monte ore previsto.

### 4. *Agevolazioni per la frequenza.*

Gli studenti saranno assicurati contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, con onere a carico dell'APSP Opera Armida Barelli, che provvederà altresì alla copertura dei rischi per danni cagionati a terzi o cose durante la frequenza delle attività di tirocinio.

Gli iscritti esterni potranno usufruire delle borse di studio nel rispetto dei requisiti che saranno fissati dalla Giunta provinciale.

È prevista la possibilità, all'atto dell'ammissione definitiva al corso, di chiedere il riconoscimento di crediti formativi teorici e di tirocinio, purché si produca documentazione dettagliata delle attività didattiche svolte e del relativo profitto. Tale documentazione verrà valutata dagli organi competenti della Scuola.

### 5. *Percorsi formativi ridotti*

#### *Ausiliari*

Per gli operatori in servizio (di ruolo e non di ruolo) presso le strutture di cui al precedente punto 1., inquadrati come ausiliari addetti all'assistenza diretta alla persona nelle strutture/servizi medesimi che hanno svolto attività di assistenza diretta alla persona per almeno 1 anno (12 mesi) negli ultimi tre anni, la formazione è organizzata secondo quanto definito con deliberazione della Giunta provinciale n. 382/2010 e s.m. che prevedono n. 700 ore di attività teorica e n. 300 ore di attività pratica (130 ore di laboratorio e 170 ore di tirocinio).

#### *Cittadini stranieri con titolo professionale di infermiere non riconosciuto*

Ai sensi della deliberazione di Giunta provinciale n. 1051/2008, è organizzata la formazione di 360 ore a favore dei cittadini stranieri (extracomunitari o comunitari), in possesso dei seguenti requisiti:

- a) residenza in provincia di Trento;
- b) titolo professionale di infermiere conseguito in paesi extracomunitari o dell'Unione Europea;
- c) dichiarazione di valore del titolo di infermiere;
- d) 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)

I cittadini stranieri di cui al presente capo sono ammessi al corso non su priorità di posto.

## 6. Norme per l'iscrizione

È possibile iscriversi al corso presentando domanda presso **una sola sede** formativa, utilizzando unicamente i moduli allegati, contestualmente alla ricevuta del pagamento di € 15,00 quale contributo per la domanda di iscrizione al bando per i corsi OSS 2017/2019.

Le modalità di presentazione della domanda sono:

- a) mediante consegna diretta della domanda presso la sede entro e non oltre le **ore 12.30 di mercoledì 31 maggio 2017**;
- b) a mezzo posta mediante raccomandata con ricevuta di ritorno: la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante. Alla domanda deve essere allegata copia del documento di identità in corso di validità.
- c) inoltro all'indirizzo pec [ossborgo@pec.operaarmidabarelli.org](mailto:ossborgo@pec.operaarmidabarelli.org) (anche dall'email semplice) specificando nell'oggetto "domanda di iscrizione al bando per i corsi OSS 2017/2019" (allegando copia di un documento di identità in corso di validità)
- d) tramite fax al n. 0461/706927 (allegando copia di un documento di identità in corso di validità)

Nella domanda l'aspirante deve dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- il cognome ed il nome, la data ed il luogo di nascita, la residenza e il codice fiscale;
- la cittadinanza posseduta;
- per i cittadini stranieri: di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e di essere in possesso del certificato di conoscenza della lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati o di essere in possesso del titolo conclusivo del primo 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;
- per i maggiorenni di essere in possesso del titolo conclusivo del primo ciclo scolastico (licenza di scuola media);
- l'indirizzo di riferimento per ogni necessaria comunicazione;
- l'iscrizione al bando presso una sola sede formativa;
- i dipendenti che chiedono l'iscrizione con priorità di posto devono indicare l'inquadramento nella pianta organica come ausiliario, ausiliario specializzato;
- i cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) in possesso di un titolo professionale di infermiere conseguito all'estero, devono dichiarare di essere in possesso della dichiarazione di diniego rilasciata dal Ministero della Salute ovvero della dichiarazione del Servizio provinciale Organizzazione e qualità delle attività sanitarie di cui al punto 5.

Per i minorenni, chi ne esercita la potestà deve inoltre dichiarare che il soggetto è in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media) e dell'assolvimento dell'obbligo istruzione.

## 7. Informazioni

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a:

- Scuola per Operatore Socio-Sanitario, via Molinari, 17 fraz. Olle – 38051 Borgo Valsugana (TN);
- Telefono: 0461/757342
- Fax: 0461/706927
- @mail: [ossborgo@operaarmidabarelli.org](mailto:ossborgo@operaarmidabarelli.org)
- @mail certificata: [ossborgo@pec.operaarmidabarelli.org](mailto:ossborgo@pec.operaarmidabarelli.org)

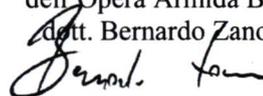
La segreteria è aperta dal lunedì al venerdì con orario 8.30-12.30 e nel pomeriggio previo appuntamento telefonico.

I candidati esclusi da altre sedi che verranno ammessi presso la sede di Borgo dovranno dare **conferma dell'iscrizione** al corso, provvedere al versamento della quota di iscrizione e a fornire la documentazione richiesta **entro le ore 12.30 di martedì 25 luglio** presso la sede di Levico Terme ai seguenti recapiti:

- Scuola per Operatore Socio-Sanitario, via Slucca de Matteoni, 4 – Levico (TN);
- telefono 0461/702352
- fax 0461/706927
- @mail: [osslevico@operaarmidabarelli.org](mailto:osslevico@operaarmidabarelli.org)
- @mail certificata: [osslevico@pec.operaarmidabarelli.org](mailto:osslevico@pec.operaarmidabarelli.org)

Rovereto, 03 aprile 2017

Il Direttore  
dell'Opera Armida Barelli  
dott. Bernardo Zanoner





Spett.le  
Opera Armida Barelli  
Corso per Operatore Socio-Sanitario  
Via Molinari, 17 – fraz. Olle – 38051 BORGO VALSUGANA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO – B.F. 2017/2019**  
*(da compilare in stampatello)*

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....  
nat\_ a ..... Provincia ..... il ..... residente in  
.....(prov.....) Via..... N.....  
Numero telefono...../..... Cellulare...../.....  
Indirizzo e-mail .....@.....  
C.F. \_ \_ \_ \_ \_

**Eventuale recapito (se diverso dalla residenza) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda**

.....

**C H I E D E**

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di **BORGO VALSUGANA**

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente 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 del D.P.R. n. 445/2000):

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

- di essere in possesso della cittadinanza .....
- di essere in possesso del titolo di studio richiesto (diploma di scuola secondaria di primo grado – terza media);
- di aver versato bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l’ammissione al bando Corso OSS 2017/2019 (**allegare ricevuta**);
- di non aver prodotto analoga richiesta presso altre sedi formative.

Inoltre, se **cittadino straniero**, di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda (barrare le caselle di interesse).

- di regolare permesso di soggiorno;
- della dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all’estero (**allegare copia**);
- certificato conoscenza lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati;
- titolo di studio conclusivo conseguito in Italia (scuola media o livello superiore).

Nel caso di **portatori di handicap**, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d’esame.....
- di tempi aggiuntivi per sostenere le prove.....

Allegare certificazione –in copia semplice- relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio

Luogo e data.....

Firma del richiedente  
.....

**Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 dd. 28.12.2000 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 del decreto legislativo 196/2003, art. 13.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dal titolare Opera Armida Barelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.



Spett.le
Opera Armida Barelli
Corso per Operatore Socio-Sanitario
Via Molinari, 17 – fraz. Olle – 38051 BORGIO VALSUGANA

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO – B.F. 2017/2019
(da compilare in stampatello)

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nat\_ a ..... Provincia ..... il ..... residente in
.....(prov.....) Via..... N .....
Numero telefono...../..... Cellulare ...../.....
Indirizzo e-mail .....@.....
Nella sua qualità di ..... del/la sig./sig.ra .....

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di BORGIO VALSUGANA

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente 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 del D.P.R. n. 445/2000):

DICHIARA

Che il/la sig./sig.ra.....
nato/a a ..... in data .....;
residente in ..... Prov. (.....) via ..... n. ....
Numero telefono...../..... Cell...../.....
Indirizzo e-mail .....@.....
C.F. \_ \_ \_ \_ \_

Eventuale recapito (se diverso dalla residenza) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda

.....

- di essere in possesso della cittadinanza .....;
di essere in possesso del titolo di studio richiesto (diploma di scuola secondaria di primo grado – terza media – e assolvimento dell’obbligo di istruzione);
di aver versato bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l’ammissione al bando Corso OSS 2017/2019 (allegare ricevuta);
di non aver prodotto analoga richiesta presso altre sedi formative.

Inoltre, se cittadino straniero, di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda (barrare le caselle di interesse).

- di regolare permesso di soggiorno;
della dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all’estero (allegare copia);
certificato conoscenza lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati;
titolo di studio conclusivo conseguito in Italia (scuola media o livello superiore).

MODULO 2. –segue – (soggetto minorenni)

Nel caso di **portatori di handicap**, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d'esame.....
- necessita di tempi aggiuntivi per sostenere le prove.....

Allegare certificazione –in copia semplice- relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio

Luogo e data.....

Firma del richiedente

.....

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 dd. 28.12.2000 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 del decreto legislativo 196/2003, art. 13.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dal titolare Opera Armida Barelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.



MODULO 3. – (personale in servizio nella provincia di Trento)

Spett.le
Opera Armida Barelli
Corso per Operatore Socio-Sanitario
Via Molinari, 17 – fraz. Olle – 38051 BORGO VALSUGANA

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO – B.F. 2017/2019
(da compilare in stampatello)

Il/La sottoscritta/o (cognome).....(nome).....
nat\_ a ..... Provincia ..... il ..... residente in
.....(prov.....) Via..... N .....
Numero telefono...../..... Cellulare ...../.....
Indirizzo e-mail .....@.....
C.F. \_ \_ \_ \_ \_

Eventuale recapito (se diverso dalla residenza) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di BORGO VALSUGANA

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente 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 del D.P.R. n. 445/2000):

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza .....;
di essere in possesso del titolo di studio richiesto (diploma di scuola secondaria di primo grado – terza media);
di aver versato bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l’ammissione al bando Corso OSS 2017/2019 (allegare ricevuta);
di non aver prodotto analoga richiesta presso altre sedi formative.
essere in servizio ed inquadrato come ausiliario addetto all’assistenza diretta alla persona/ausiliario specializzato presso (denominazione) ..... con sede a .....

Inoltre, se cittadino straniero, di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda (barrare le caselle di interesse).

- di regolare permesso di soggiorno;
della dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all’estero (allegare copia);
certificato conoscenza lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati;
titolo di studio conclusivo conseguito in Italia (scuola media o livello superiore).

Nel caso di portatori di handicap, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d’esame.....
necessita di tempi aggiuntivi per sostenere le prove.....

Allegare certificazione –in copia semplice- relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio

Luogo e data.....

Firma del richiedente

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 dd. 28.12.2000 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 del decreto legislativo 196/2003, art. 13.

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dal titolare Opera Armida Barelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

Marca da  
bollo da  
Euro 16,00

**MODULO 4. – (soggetto straniero extracomunitario e comunitario in possesso di un titolo professionale di infermiere conseguito all'estero e non riconosciuto)**

Spett.le  
**Opera Armida Barelli**  
**Corso per Operatore Socio-Sanitario**  
Via Molinari, 17 – fraz. Olle – 38051 BORGO VALSUGANA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO – B.F. 2017/2019**

*(da compilare in stampatello)*

Il/La sottoscritta/o (cognome).....(nome).....  
nat\_ a ..... Provincia ..... il ..... residente in  
.....(prov.....) Via..... N.....  
Numero telefono...../..... Cellulare...../.....  
Indirizzo e-mail .....@.....  
C.F. \_ \_ \_ \_ \_

**Eventuale recapito (*se diverso dalla residenza*) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda**

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di **BORGO VALSUGANA**

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente 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 del D.P.R. n. 445/2000):

**DICHIARA**

- di essere in possesso della cittadinanza .....
- essere residente in un comune della Provincia Autonoma di Trento;
- di aver versato bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019 (**allegare ricevuta**);
- di non aver prodotto analoga richiesta presso altre sedi formative.
- di essere in possesso della dichiarazione di valore del titolo di infermiere
- di essere in possesso della dichiarazione di diniego del riconoscimento del titolo professionale di infermiere conseguito nel paese extracomunitario ..... o dell'Unione Europea ..... rilasciato dal Ministero della Salute (**allegare copia**);

*ovvero*

- di essere in possesso della dichiarazione del servizio provinciale Organizzazione e qualità delle attività sanitarie – Ufficio formazione e sviluppo delle risorse umane, che specifica che il titolo professionale conseguito all'estero corrisponde ad un titolo professionale già ritenuto dal competente Ministero non valido ed insufficiente in termini formativi ai fini del riconoscimento;

Nel caso di **portatori di handicap**, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d'esame.....
- necessita di tempi aggiuntivi per sostenere le prove.....

Allegare certificazione –in copia semplice- relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio

Luogo e data.....

Firma del richiedente

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 dd. 28.12.2000 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 del decreto legislativo 196/2003, art. 13.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dal titolare Opera Armida Barelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

Marca da  
bollo da  
Euro 16,00

MODULO 5. – (residenti in un Comune della Comunità di Primiero)

Spett.le  
**Opera Armida Barelli**  
**Corso per Operatore Socio-Sanitario**  
Via Molinari, 17 – fraz. Olle – 38051 BORGIO VALSUGANA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO – B.F. 2017/2019**  
*(da compilare in stampatello)*

Il/La sottoscritta/o (cognome).....(nome).....  
nat\_ a ..... Provincia ..... il ..... residente in  
.....(prov.....) Via..... N .....  
Numero telefono...../..... Cellulare ...../.....  
Indirizzo e-mail .....@.....  
C.F. \_ \_ \_ \_ \_

**Eventuale recapito (se diverso dalla residenza) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda**

**C H I E D E**

di essere ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di **BORGIO VALSUGANA**

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente 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 del D.P.R. n. 445/2000):

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

- di essere in possesso della cittadinanza .....
- di essere in possesso del titolo di studio richiesto (diploma di scuola secondaria di primo grado – terza media);
- di aver versato bonifico bancario di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso OSS 2017/2019 (**allegare ricevuta**);
- di non aver prodotto analoga richiesta presso altre sedi formative.

Inoltre, se **cittadino straniero**, di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda (barrare le caselle di interesse).

- di regolare permesso di soggiorno;
- della dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all'estero (**allegare copia**);
- certificato conoscenza lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati;
- titolo di studio conclusivo conseguito in Italia (scuola media o livello superiore).

Nel caso di **portatori di handicap**, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d'esame.....
- di tempi aggiuntivi per sostenere le prove.....

Allegare certificazione –in copia semplice- relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio

Luogo e data.....

Firma del richiedente

.....

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 dd. 28.12.2000 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 del decreto legislativo 196/2003, art. 13.**

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dal titolare Opera Armida Barelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.