



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi - Casale -

C.F. P. IVA - 01647800745

Web: <http://www.asl.brindisi.it>

AREA GESTIONE DEL PERSONALE

Prot. n. 38819

Brindisi, 03 GIU. 2014

- Direttori Amministrativi e Direttori Medici
Presidi Ospedalieri
- Direttori Distretti Socio – Sanitari
- Direttori Dipartimenti
 - o Prevenzione
 - o Salute Mentale
- Dirigenti Medici Responsabili Stabilimenti Ospedalieri
- Strutture Sovradistrettuali
 - o Dipendenze Patologiche
 - o 118
- Dirigente Responsabile NIAT –
Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza
Territoriale
- Amministratore Unico Sanitaservice Br
- Dirigente Unità Operativa Affari Generali

OGGETTO: *Percorso formativo di riqualificazione in Operatore Socio – Sanitario. Integrazione nota informativa.*

Si fa seguito alla nota prot. n. 36680 del 22 maggio u.s. e ad integrazione della stessa - nel prendere atto delle modifiche apportate all'Avviso n. 1/2014 dalla Determinazione del Dirigente Servizio Formazione Professionale 26 maggio 2014 n. 473, pubblicata sul BURP n. 69 del 29 maggio 2014, a cui integralmente si rimanda - si trasmette, in allegato, il nuovo modello di domanda di ammissione al percorso formativo di riqualificazione indicato in oggetto, da far pervenire, per i dipendenti ASL Br, presso l'Area Gestione del Personale della medesima Azienda unitamente al curriculum formativo professionale ed alla copia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato.

I dipendenti che abbiano già prodotto l'istanza sul modulo allegato alla precedente nota prot. n. 36680/2014 sono invitati a riproporla sul nuovo modulo.

Si invitano quanti in indirizzo a favorire la massima diffusione nell'ambito delle Unità Operative e dei Servizi di rispettiva competenza.

Il Dirigente dell'Unità Operativa Affari Generali è invitato a disporre la pubblicazione della presente all'Albo Pretorio e sul sito internet dell'Azienda.

L'Amministratore Unico della Sanitaservice avrà cura di notificare, in merito a quanto innanzi, il personale di propria competenza, assicurando la raccolta delle relative istanze.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Paola Ciaramamea)

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
