

**AVVISO PUBBLICO**  
RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER IL CONFERIMENTO  
DELL'INCARICO DI TUTOR TIROCINIO CORSI OSS

In esecuzione della Deliberazione 426 del 30.05.2018 è indetto avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di tutor di tirocinio ai Corsi O.S.S.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Visto il Regolamento Regionale n. 28/2007 relativamente art. 3, comma 1, sancisce che gli Enti di formazione interessati dovranno stipulare apposite convenzioni con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, degli EE.FF., degli Enti II.RR.CC.SS. Pubblici e Privati e delle altre istituzioni pubbliche e private, sociosanitarie/assistenziali o socio assistenziali;

Visto che ai fini del conseguimento della qualifica regionale di Operatore Socio Sanitario, gli studenti del corso devono svolgere un tirocinio pratico della durata 450 ore da svolgersi obbligatoriamente in strutture sanitarie, sociali, socio-assistenziali, come di seguito specificato: almeno il 50% della sua durata in strutture sanitarie e per il restante 50% in strutture sociosanitarie/assistenziali o socio assistenziali;

Visto che questa Azienda fa formalmente espresso, su richiesta avanzata dai rispetti Enti di Formazione, l'intendimento a collaborare all'organizzazione dei tirocini formativi secondo le modalità indicate nei rispettivi formulari;

Visto che gli Enti di Formazione, destinatari del finanziamento regionale per lo svolgimento del progetto in questione, si impegnano a riconoscere, per l'attività di tirocinio pratico, un compenso omnicomprensivo di € 5,16/ora

**Emana il seguente avviso**

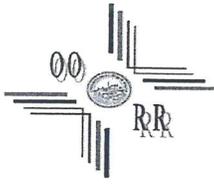
**Art. 1 Oggetto dell'avviso**

E' indetto Avviso Pubblico per il conferimento degli incarichi di Tutor ai corsi OSS per attività di tirocinio pratico, da ripartire tra i dipendenti facenti parte dell'istituendo elenco.

**Art. 2 Destinatari dell'avviso**

I predetti incarichi saranno ricoperti, mediante apposito conferimento, dai dipendenti rivestenti la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Esperto (Ds) e/o di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere (D), in servizio presso le UU.OO. ove si svolge l'attività di assistenza e gestione diretta del paziente, in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

1. Abbiamo svolto attività di docenza, minino di due anni, ai Corsi di Laurea Triennale e/o Magistrale nelle Professioni Sanitarie;
2. Abbiamo svolto attività di tutoraggio ai Corsi di Laurea Triennale e/o Magistrale nelle Professioni Sanitarie o ai Corsi di Formazione Aziendale.



### **Art. 3 Modalità di partecipazione all'avviso**

1. Il candidato deve presentare:
  - La domanda di ammissione per l'inserimento nell'Elenco dei Tutor, redatta in carta semplice e sottoscritta in originale secondo lo schema allegato al presente avviso, pena l'esclusione dalla procedura di che trattasi;
  - La certificazione dei requisiti richiamati nell'art. 2;
  - Il CV, in formato europeo, debitamente firmato in originale, pena l'esclusione dalla procedura di valutazione;
  - I documenti e i titoli certificati che ritenga utili ai fini dell'inserimento;
2. La domanda di partecipazione al bando, unitamente alla documentazione di cui al punto 1 del presente articolo, debitamente sottoscritta dall'interessato, redatta in carta semplice in conformità allo schema esemplificativo di cui all'allegato A deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia ed inviata alla Struttura Dipartimentale Affari Generali e Tutela della Privacy viale Pinto 71122 Foggia o consegnata a mano oppure al seguente indirizzo pec: [affgenerali.segreteria.ospriunitifg@pec.rupar.puglia.it](mailto:affgenerali.segreteria.ospriunitifg@pec.rupar.puglia.it).  
Le domande dovranno perentoriamente pervenire entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso alle ore 13.00 (in duplice copia per chi necessita di una copia per ricevuta). Non verranno prese in considerazione le domande che perverranno successivamente a tale termine e, pertanto, anche eventuali istanze di partecipazione inviate a mezzo posta ordinaria dovranno inderogabilmente pervenire entro il termine perentorio di cui sopra.  
Al riguardo l'Azienda non risponde di eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi o caso fortuito o forza maggiore.

### **Art. 4 Valutazione domande**

1. Le domande saranno valutate da una Commissione nominata dal Direttore Generale, composta da 1 Presidente e 2 Componenti.
2. Fatti salvi il possesso dei requisiti richiamati all'art. 2 del presente avviso, i criteri e le modalità per effettuare la valutazione comparativa terranno conto del curriculum complessivo del candidato e, in particolare, dei titoli formativi, dell'attività di docenza, di tutoraggio, dei titoli e delle pubblicazioni. Si terrà conto della specifica attività pregressa in riferimento alle attività di tutoraggio ai Corsi OSS.
3. Gli esiti della valutazione verranno comunicati mediante pubblicazione sul sito aziendale.

### **Art. 5 Trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno trattati per le finalità inerenti alla procedura di attribuzione dei contratti.

### **Art. 6 Pubblicità del presente Avviso**

1. Del presente Avviso verrà data pubblicità mediante affissione sul sito web [www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia](http://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia)
2. Ogni informazione può essere richiesta via e-mail a: [mcasoli@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:mcasoli@ospedaliriunitifoggia.it) [esabatino@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:esabatino@ospedaliriunitifoggia.it)



ALL. A

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Ospedali Riuniti di Foggia  
Struttura Dipartimentale  
Affari Generali e Tutela della Privacy  
Viale Pinto  
71122 Foggia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, dipendente di quest'Azienda, in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_, in qualità  
di \_\_\_\_\_, matr. \_\_\_\_\_ telef. Interno \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-  
mail \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al bando dell'avviso pubblico per l'istituzione dell'Elenco dei Tutor di tirocinio da impiegare con incarichi a termine presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia, relativamente ai Corsi OSS.

A tal fine dichiara

- a) di essere cittadino italiano ovvero di uno degli stati membri della UE e, pertanto, di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di non aver riportato condanne penali;
- d) di non avere in corso procedimenti penali ovvero procedimenti amministrativi per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione;
- e) di non essere stato destituito, licenziato ovvero dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- f) di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego;
- g) l'insussistenza dell'incompatibilità di cui all'art. 24 del C.C.N.L. per la F.P.;
- h) di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- i) di possedere i seguenti titoli:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- l) di aver svolto attività di docenza per anni \_\_\_\_\_ ai Corsi di Laurea \_\_\_\_\_;
- m) di aver svolto attività di tutoraggio per anni \_\_\_\_\_ ai Corsi di \_\_\_\_\_;
- n) di eleggere il proprio domicilio in  
Via/Corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_, tel/cell \_\_\_\_\_.



Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Allegati:

All. Curriculum Vitae

Autocertificazione (All.B)

Altra documentazione ritenuta utile al candidato



ALL. B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_/\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ ( );
- di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con Pubbliche Amministrazioni salvo sia stata conseguita la riabilitazione alla data di pubblicazione del presente avviso;
- di non avere in corso procedimenti penali ovvero procedimenti amministrativi per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione;
- di non essere stato destituito o licenziato ovvero dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere in possesso di eventuali titoli di preferenza o precedenza. La mancata dichiarazione esclude il candidato dal beneficio;
- di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego.

IN FEDE