

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>REGIONE DEL VENETO</b></p> <p><b>GIUNTA REGIONALE</b><br/>Dir.ne Risorse Umane e Formazione S.S.R.</p> | <p><b>REGIONE VENETO</b></p> <p><b>AZIENDA ULSS 18</b></p> <p><b>ROVIGO</b></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

## **AVVISO DI ISCRIZIONE**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 19/2/2013 sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione al modulo denominato:

### **“MODULO FACOLTATIVO TEMATICO INTEGRATIVO IN ASSISTENZA ODONTOIATRICA”**

#### **PERCORSO “ORDINARIO”**

(Legge regionale 16.8.2001, n. 20)

#### **N. 1 corso, per un totale di n. 30 posti disponibili**

#### **1 – REQUISITI DI ACCESSO**

Possono presentare domanda di ammissione, da compilare in carta semplice, coloro i quali sono in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario o titolo riconosciuto equipollente dalla Regione del Veneto e valido per la prosecuzione degli studi.

Il titolo può essere prodotto in originale o in copia autocertificata ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000. In tale caso in calce alla copia dovrà essere riportata la seguente dicitura: *“Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale del presente documento”*. Tale dichiarazione dovrà essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, o sottoscritta e inviata unitamente a fotocopia non autenticata di documento di identità valido del sottoscrittore.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare, anche a campione, quanto dichiarato e prodotto dal candidato. Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato o prodotto, il candidato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

#### **2 – SCOPO DEL CORSO**

L'Operatore Socio Sanitario che avrà frequentato con esito positivo il Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica, oltre a svolgere le attività proprie della qualifica, sarà in grado di eseguire le specifiche attività di seguito elencate:

- accogliere ed aiutare i pazienti a sentirsi a proprio agio durante e dopo i trattamenti;
- assistere ed aiutare l'odontoiatra nelle attività proprie dell'odontoiatria, compresa l'ortodonzia, pedodonzia, chirurgia orale e paradontologia;
- coadiuvare e fornire ausilio all'odontoiatra durante la presa d'impronta delle arcate dentarie e per l'attuazione di una completa diagnosi mediante fotografie e radiografie endo ed extra orali;
- compilare il questionario anamnestico predisposto dall'odontoiatra;
- rilevare alcuni parametri quali il battito cardiaco, la pressione arteriosa omerale, secondo protocolli specificatamente predisposti dall'odontoiatra;
- utilizzare protocolli appositamente predisposti dall'odontoiatra per fornire al paziente informazioni utili ad affrontare con il minor disagio possibile gli interventi - trattamenti;
- utilizzare protocolli, appositamente predisposti dall'odontoiatra, per insegnare ai pazienti le tecniche per il mantenimento della salute oro-dentale (tecniche di spazzolamento, autocontrollo della placca batterica e del tartaro, uso del filo interdentale);

- coadiuvare l'odontoiatra al fine di organizzare i soccorsi per le emergenze che si potrebbero verificare durante l'attività dello stesso contribuendo al soccorso dei pazienti con il rilevamento di pressione arteriosa e polso secondo protocolli predisposti dall'odontoiatra stesso;
- provvedere alla sanificazione ed alla sanitizzazione ambientale con raccolta e stoccaggio dei rifiuti sanitari differenziati ed alla pulizia e sterilizzazione di strumenti ed attrezzature, utilizzando protocolli adeguatamente predisposti dall'odontoiatra;
- svolgere attività di segreteria, tenere i contatti, su delega dell'odontoiatra, con i fornitori di materiali, dispositivi medici e attrezzature.

### **3 – MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di ammissione, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato e debitamente sottoscritta, potrà essere spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o consegnata a mano, **entro e non oltre le ore 12 del 15 marzo 2013** al seguente indirizzo: Azienda ULSS 18 – Protocollo Generale - Via Tre Martiri, 89 – 45100 Rovigo.

La data di spedizione della domanda è comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio Postale accettante. All'esterno della busta deve essere espressamente riportata l'indicazione "**contiene domanda di partecipazione al modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica – percorso ordinario**".

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni da parte del richiedente, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda.

Le domande che non contengano tutte le dichiarazioni previste, non saranno ritenute valide ai fini dell'ammissione al modulo formativo.

### **4 - AMMISSIONE**

Nel caso in cui il numero delle domande superi il numero di posti disponibili, l'ammissione dei candidati al corso avviene previo superamento di una prova selettiva costituita da un test.

Dell'ammissione e dell'eventuale effettuazione del test verrà data comunicazione attraverso il sito dell'Azienda ULSS n. 18 [www.azisanrovigo.it](http://www.azisanrovigo.it) e nella bacheca della SOS Conoscenza e Formazione (Cittadella Socio Sanitaria 1° Piano, Viale Tre Martiri, 89 Rovigo).

Prima dell'inizio del corso sono previsti gli accertamenti medico-sanitari e le misure preventive ai sensi delle vigenti disposizioni. L'eventuale invalidità fisica temporanea o permanente che inibisca l'esercizio delle funzioni per le quali l'aspirante corsista frequenta il corso, comporta l'esclusione dal medesimo.

### **5 – DURATA DEL CORSO E FREQUENZA**

La durata dell'iniziativa è di cinque mesi e si concluderà con un esame finale.

Il percorso formativo è costituito da 200 ore complessive di cui 50 di teoria, 50 di esercitazioni e 100 di tirocinio.

La frequenza alle attività formative è obbligatoria.

Non sono ammessi a sostenere le prove di valutazione finale coloro che abbiano accumulato, anche per giustificati motivi, un numero di assenze superiori al 10% del monte ore complessivo.

Non sono altresì ammessi a sostenere le prove di valutazione finale coloro i quali abbiano riportato anche una sola valutazione negativa nelle discipline oggetto di studio e/o nell'esperienza di tirocinio.

In caso di valutazione negativa all'esame finale è possibile la ripetizione del modulo per una sola volta.

Nei casi in cui la frequenza venga interrotta per gravi e/o giustificati motivi, è consentita l'iscrizione ad un corso successivo, se previsto, senza riconoscimento di crediti formativi.

### **6 - COSTO**

La quota di iscrizione e frequenza è stabilita in € 700,00. Le modalità di versamento verranno comunicate successivamente all'ammissione.

### **7 – SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO**

L'attività formativa avrà luogo presso le strutture dell'ULSS n.18 di Rovigo.

In presenza di un numero insufficiente di candidati per l'attivazione dei corsi, è possibile il trasferimento dei medesimi presso aziende sanitarie viciniori che abbiano attivato i corsi stessi.

Della variazione della sede verrà data apposita comunicazione

#### **8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs n. 193/2003 i dati personali forniti dai candidati e formatisi successivamente saranno raccolti e trattati presso l'Azienda ULSS n. 18 unicamente per le finalità di gestione del corso di formazione.

L'interessato gode dei diritti di cui al titolo II, parte I, del D.Lgs 196/2003. Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'art. 18, capo II, del D.Lgs 196/2003.

#### **9 – ULTERIORI INFORMAZIONI**

Ulteriori informazioni e/o chiarimenti potranno essere richiesti a:

Conoscenza e Formazione del Personale [ercolani.valeria@azisanrovigo.it](mailto:ercolani.valeria@azisanrovigo.it) - tel. 0425/393619

Direzione Inf. e delle Professioni Tecniche Sanitarie [steola.silvana@azisanrovigo.it](mailto:steola.silvana@azisanrovigo.it) tel.0425 394392

#### **10 – INDICAZIONI FINALI**

La partecipazione al corso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso, nonché di quelle che disciplinano lo svolgimento del Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica di cui ai provvedimenti della Giunta Regionale n. 2903/2009 e n. 2012/2010.

Rovigo , \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Arturo Orsini

ALLEGATO ALL'AVVISO – FAC-SIMILE

**OGGETTO: domanda di ammissione al “modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica” – percorso ordinario.**

Azienda Sanitaria  
ULSS n.18 di Rovigo  
Via Tre Martiri, 89  
45100 ROVIGO

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ chiede a codesta Azienda Sanitaria di essere ammesso/a al “**modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica**” – **percorso ordinario.**

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi, quanto segue:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del titolo di studio di Operatore Socio Sanitario rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

(oppure)

- di essere in possesso del titolo di studio di: \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ riconosciuto equipollente dalla Regione Veneto e valido per la prosecuzione degli studi.

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- altro – specificare \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- Un elenco in carta semplice dei documenti presentati.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA

(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

Recapito per comunicazioni:

indirizzo: via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 si informa che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al modulo facoltativo è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione del corso e saranno trattati anche con strumenti informatici. Il conferimento dei dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione ed il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Ai partecipanti sono riconosciuti i diritti di cui al citato Decreto legislativo 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il titolare del trattamento è l'Azienda ULSS n. 18 del Veneto, Via Tre Martiri 89 – 45100 Rovigo

Il responsabile del trattamento è la Dr.ssa M. Diletta Mazzetti, Responsabile della Sos Conoscenza e Formazione del personale.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_