

 REGIONE DEL VENETO GIUNTA REGIONALE Dir.ne Risorse Umane e Formazione S.S.R.	REGIONE VENETO AZIENDA ULSS 18 ROVIGO
--	--

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 “STRAORDINARIO”

(Legge regionale 16.8.2001, n. 20)

L'accesso alla presente iniziativa formativa ha carattere facoltativo e sarà replicata per un periodo non superiore a tre anni complessivi.

1 – REQUISITI DI ACCESSO

Possono presentare domanda di ammissione, da compilare in carta semplice, coloro i quali sono in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e di un biennio lavorativo in ambito odontoiatrico sia pubblico che privato, svolto in Italia, in regime di dipendenza. Durante tale periodo devono essere state eseguite mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella *“formazione facoltativa tematica integrativa in assistenza odontoiatrica”*.

Il biennio lavorativo deve essere stato maturato nel quinquennio precedente alla data dell'11 dicembre 2012, data di adozione della DGRV n. 2527.

L'attività lavorativa dovrà essere dimostrata producendo apposita dichiarazione sostitutiva rilasciata dal legale rappresentante della struttura pubblica o dello studio odontoiatrico privato. In luogo di quest'ultimo documento potrà essere presentata documentazione comprovante il rapporto di lavoro (ad es.: copia delle buste paga, del contratto di lavoro, delle lettere di assunzione, copia del Libro Unico del Lavoro, ecc.).

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: *“// 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.

Il titolo di scuola media inferiore conseguito in altri Paesi dovrà essere prodotto e corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana, integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine.

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 che avrà frequentato con esito positivo il “Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica - percorso straordinario”, 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 le ore 12 del 15 marzo 2013 al Protocollo generale dell' Azienda ULSS 18 - 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 straordinario**".

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

Qualora il numero delle domande preveda l'attivazione di più moduli, l'ammissione dei candidati alle edizioni del corso avverrà in ordine alla data di presentazione della domanda.

Nel caso in cui il numero delle domande non giustifichi l'attivazione di un modulo, sarà possibile procedere all'inserimento dei partecipanti presso aziende sanitarie viciniori che abbiano disponibilità di posti.

Dell'ammissione verrà data comunicazione mediante pubblicazione della graduatoria sul sito dell'Azienda www.azisanrovigo.it

Prima dell'inizio del corso sono previsti gli accertamenti medico-sanitari e le misure preventive ai sensi delle vigenti disposizioni.

5 – DURATA DEL CORSO E FREQUENZA

La durata dell'iniziativa è di cinque mesi, il percorso è costituito da 200 ore di teoria (n. 50 ore di teoria e n. 100 ore di tirocinio sono riconosciute come credito formativo) e si concluderà con un esame finale.

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.

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. 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.

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 - tel. 0425/393619

Direzione Inf. e delle Professioni Tecniche Sanitarie 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 straordinario.

Al Direttore Generale
Azienda ULSS 18
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 straordinario**”.

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 _____
- di essere in possesso del titolo di studio di: _____
rilasciato da _____ in data _____
- di aver svolto attività lavorativa dal _____ al _____ presso _____
_____, come certificato dalla documentazione allegata;
- di svolgere attività lavorativa dal _____ al _____ presso _____
_____, come certificato dalla documentazione allegata.

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- _____ ;
- _____ ;
- Un elenco in carta semplice dei documenti presentati.

FIRMA

Luogo e data, _____
(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

Recapito per comunicazioni:

indirizzo: via _____ n. _____ città _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail: _____

IBAN _____ (per restituzione quota, in caso di numero insufficiente di iscrizioni)

Ai sensi dell'art. 13 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 all'art. 7 del 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 – 45100 Rovigo

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

Data _____

FIRMA _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

Al Direttore Generale
Azienda ULSS 18
Via Tre Martiri 89
45100 ROVIGO

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____, in qualità
di legale rappresentante di _____
con sede a _____ codice fiscale/partita
IVA _____ 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

che il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____
_____ via _____ n. _____
fino a tutt'oggi svolge le mansioni di cui alla D.G.R. n. 2903 del 29.12.2009, in regime di
dipendenza.

(oppure)

dal _____ fino al _____, ha svolto le mansioni di cui alla
D.G.R. n. 2903 del 29.12.2009, in regime di dipendenza.

Luogo e data _____

FIRMA E TIMBRO
