



**C.I.F.I.R.** Via Morandi - 73055 - RACALE (LE)

**DOMANDA D' ISCRIZIONE CORSO “OPERATORE SOCIO SANITARIO “ Cod. Corso POR09038a182  
Mis. 3.8 – “Formazione permanente” azione a) “Percorsi formativi” Avviso n. 12/2009**

Approvato con Det. Dir. N. 1015 del 29/06/2009 pubblicato sul BURPuglia n°. 99 del 02/07/2009

Possono iscriversi al corso operatori già in servizio presso le strutture sanitarie ospedaliere private (nonché Enti Ecclesiastici, le strutture a carattere sociosanitario e socio-assistenziali per anziani, disabili, utenti psichiatriche e con dipendenze patologiche) già in servizio alla data del **4/05/09**.

Il personale dipendente dovrà possedere **esperienza lavorativa di almeno un anno, a partire dalla data di pubblicazione dell'avviso (4/05/09)** e svolgere mansioni simili a quelle previste nell'Allegato A.1 del Regolamento Regionale n. 28/2007, **certificate dal proprio datore di lavoro**.

Riassumendo, occorre che chi si iscrive al corso:

1. abbia un contratto di assunzione di tipo subordinato (indeterminato, determinato) antecedente o a far data dal 4/05/09;
2. svolga mansioni simili a quelle previste nell'allegato A.1 del Regolamento Regionale n. 28/2007
3. consegna alla segreteria dell'ente C.I.F.I.R. , all'atto dell'iscrizione, **una certificazione del proprio datore di lavoro attestante la tipologia di contratto di lavoro, le mansioni (similari a quelle previste nell'allegato A.1) svolte e l'esperienza lavorativa di almeno un anno antecedente il 4/05/09**

**L'iscrizione al corso è fatta a cura dell'operatore**, non è richiesta una autorizzazione rilasciata dalla struttura sanitaria. Quest'ultima dovrà solo certificare quanto riportato al precedente punto 3.

I candidati che, attraverso la selezione, concorreranno per aggiudicarsi uno dei venti posti messi a disposizione per frequentare il corso di Operatore Socio Sanitario, **potranno avvalersi di punteggi aggiuntivi** a quelli ottenuti dalla prova di selezione, se, avendo i corrispondenti requisiti, consegneranno, entro le ore 13.00 della data prevista per la selezione, i documenti o le certificazioni comprovanti:

- L'appartenenza a categorie protette;
- La corrispondenza tra profilo professionale OSS e titolo di studio posseduto;
- L'anzianità di servizio;
- La presenza, nel proprio nucleo familiare, di portatori di handicap superiore al 66%;
- Il numero di persone a carico a fini fiscali
- L'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.)

<b>CORRISPONDENZA TRA PROFILO PROFESSIONALE E TITOLO DI STUDIO</b>			<b>Documento utile</b>
Esistenza della corrispondenza	<b>1 punto</b>	in più	Fotocopia del certificato / attestato del titolo di studio / Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli di studio ai sensi e per gli effetti del d.P.R. n° 445/2000 *

<b>MAGGIORE ANZIANITA' NELLA QUALIFICA</b>			<b>Documento utile</b>
Per ogni anno o frazione di anno superiore a 6 mesi di anzianità	<b>1 punto</b>	in più fino ad un max di 30 punti	Certificazione rilasciata dalle strutture in cui si sono svolte le mansioni di cui all'Allegato A.1 Regolamento Regionale n. 28/2007/ Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n° 445/2000*

<b>MAGGIORE INCIDENZA DEI CARICHI DI FAMIGLIA</b>			<b>Documento utile</b>
Per ogni persona a carico ai fini fiscali	<b>1 punto</b>	in più	Stato di famiglia / Autocertificazione Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n° 445/2000*

<b>PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI PORTATORI DI HANDICAP SUPERIORE AL 66%</b>			<b>Documento utile</b>
Presenza nel nucleo familiare di portatori di handicap superiore al 66%	<b>1 punto</b>	in più per ogni disabile	Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n° 445/2000*

<b>APPARTENENZA A CATEGORIE PROTETTE</b>			<b>Documento utile</b>
Appartenenza a categorie protette Sono categorie protette <b>a)</b> invalidi civili, sordomuti e non vedenti: <b>b)</b> invalidi del lavoro <b>c)</b> invalidi per servizi <b>e)</b> orfani e vedove di guerra ed equiparati: <b>f)</b> orfani e vedove del lavoro ed equiparati: <b>g)</b> orfani e vedove per servizio ed equiparati: <b>h)</b> profughi:	<b>1 punto</b>	in più	Certificato di Iscrizione alla lista categorie protette del comune di .....

<b>INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE (I.S.E.E.)</b>			<b>Documento utile</b>
Per ogni 1.000,00 euro di reddito arrotondando all'intero più vicino (Es. € 1.500= € 1.000 ; € 1.501= € 2.000)	<b>1 punto</b>	in meno	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA (MOD. INPS) - 2**

Letto e sottoscritto da Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_

(la copia firmata delle pagine 1 e 2 rimane in segreteria ed una copia viene consegnata al richiedente insieme ai modelli per l'autocertificazione allegati al presente modello di iscrizione)



**C.I.F.I.R.** Via Morandi - 73055 - RACALE (LE)

**DOMANDA D' ISCRIZIONE CORSO "OPERATORE SOCIO SANITARIO" Cod. Corso POR09038a182  
Mis. 3.8 – "Formazione permanente" azione a) "Percorsi formativi" Avviso n. 12/2009**

Approvato con Det. Dir. N. 1015 del 29/06/2009 pubblicato sul BURPuglia n°. 99 del 02/07/2009

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Dipendente presso la struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### CHIEDE D'ISCRIVERSI AL SUDDETTO CORSO

consapevole che la presente richiesta consentirà l'effettiva partecipazione al corso solo al verificarsi dei seguenti presupposti:

1. di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità in coerenza con quanto indicato dal bando (il cui accertamento dovrà realizzarsi attraverso la consegna dei documenti indicati nella parte sottostante\*)
2. che ci sia accettazione insindacabile della domanda da parte della Direzione dell'Ente
3. di partecipare alla fase di selezione (prevista solo se il numero dei candidati fosse superiore a quello dei posti disponibili indicati dal progetto) e di risultare fra gli ammessi come riportato nella graduatoria.

\* Allega:

- fotocopia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale
- **una certificazione del proprio datore di lavoro attestante la tipologia di contratto di lavoro, le mansioni (similari a quelle previste nell'allegato A.1 del Reg. Reg. n. 28/2007) svolte e l'esperienza lavorativa di almeno un anno antecedente il 4/05/09**
- altra certificazione aggiuntiva di cui alle pag. 1 e 2 del presente modulo di iscrizione

Racale, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### SELEZIONI

Con la presente prendo atto che mi è stata notificata la data delle selezioni fissata per il **giorno 07/10/2009 alle ore 8:30**. Sono consapevole che una eventuale mia assenza, ingiustificata o comunque giustificata, per la suddetta data, comporta la conseguente **perdita di ogni diritto di ammissione al corso.**

Racale, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Autorizzazione ex Decreto Legislativo n. 196/2003

1. Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del *Decreto Legislativo n. 196/2003* sulla tutela dei dati personali, autorizza l'Ente di formazione C.I.F.I.R.: a raccogliere e custodire nella propria *banca dati utenti* tutti i dati contenuti nel presente modulo; a trattare i propri dati ed a cederli ad Enti promotori di servizi d'orientamento e formativi e ad Aziende che ne abbiano fatto richiesta in fini di un auspicato inserimento lavorativo.

2. Al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dal suddetto decreto legislativo.

3. Il sottoscritto assume ogni responsabilità relativamente ai dati inseriti nel presente modulo.

Racale, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Modelli da consegnare in segreteria all'atto dell'iscrizione:*

- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI DI STUDIO**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA (MOD. INPS)**
- **ALLEGATO A.1 DEL REG. REG. N. 28/2007**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DEI TITOLI DI STUDIO (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. di (\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. di (\_\_\_) in via/piazza/corso/largo \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. di (\_\_\_) in via/piazza/corso/largo \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

descrizione	si	no	indicare il tipo di qualifica professionale/diploma/laurea conseguiti e gli anni di durata
Licenza di scuola media inferiore			
Qualifica professionale			
Diploma di scuola media superiore			
Diploma universitario			
Laurea			
Altro			

Anzianità di servizio nei livelli o nelle qualifiche richieste per l'accesso alla selezione del corso di Operatore Socio Sanitario

Anzianità di servizio Dal al (g/m/a)	Profilo professionale e livello o qualifica	Denominazione della struttura sanitaria (allegare copia delle certificazioni rilasciate dai dirigenti sanitari)	Mansioni svolte	Natura del rapporto (tempo indeterminato / tempo determinato)	Orario ( a tempo pieno / a tempo parziale con indicazione del n. di ore )

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Firma (non autenticata) \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del D.Lgs. 193/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,*

DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

di essere cittadino italiano

di godere dei diritti civili e politici

di essere : celibe/nubile

di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_

di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_

di essere divorziato da \_\_\_\_\_

che la famiglia convivente è così composta:

Rapporto di parentela	Cognome e nome	Luogo e data di nascita

di essere in vita

che il figlio/la figlia è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

che il coniuge/padre/madre/ figlio/a di nome \_\_\_\_\_ è

deceduto/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di essere iscritto nell'albo, registro o elenco \_\_\_\_\_ tenuto dalla  
amministrazione pubblica \_\_\_\_\_

appartenere all'ordine professionali dei/delle \_\_\_\_\_

di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di avere sostenuto i seguenti esami \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

- modulo per dichiarazione sostitutiva di certificazione -

- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualifica tecnica: \_\_\_\_\_
- che la situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali relativa all'anno \_\_\_\_\_ è la seguente: \_\_\_\_\_
- di aver assolto gli obblighi contributivi relativi a \_\_\_\_\_ corrispondendo il relativo ammontare di € \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del codice fiscale avente numero \_\_\_\_\_
- di essere titolare di partita IVA \_\_\_\_\_
- di essere titolare dei seguenti dati presenti nell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_

- di essere disoccupato
- di essere pensionato con categoria di pensione \_\_\_\_\_
- di essere studente presso \_\_\_\_\_
- di essere il legale rappresentante di \_\_\_\_\_
- di essere il tutore/curatore di \_\_\_\_\_
- di essere iscritto presso la seguente associazione o formazione sociale (di qualsiasi tipo)  
\_\_\_\_\_
- di avere la seguente posizione agli effetti militari (ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio):
- arruolato in attesa di chiamata/congedato per fine ferma/riformato/dispensato
- esentato/rinviato per motivi di \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e/o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
- che le persone sottoelencate sono a carico del sottoscritto
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- di essere a carico di \_\_\_\_\_
- che nei registri dello Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ risulta che: \_\_\_\_\_
- di non trovarsi in stato di liquidazione o fallimento e di non avere presentato domanda di concordato.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

-----

**La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti i certificati richiesti o destinati alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono**

# Dichiarazione sostitutiva unica

valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate  
o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità  
(decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato  
dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130)

## Prestazioni sociali che si intendono richiedere:

*Indicare (barrando la casella corrispondente) le prestazioni che i soggetti componenti il nucleo familiare intendono richiedere sulla base della presente dichiarazione*

- Assegno per il nucleo familiare con tre figli minori
- Assegno di maternità
- Asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia
- Mense scolastiche
- Prestazioni scolastiche (libri scolastici, borse di studio, ecc.)
- Agevolazioni per tasse universitarie
- Prestazioni del diritto allo studio universitario
- Servizi socio sanitari domiciliari
- Servizi socio sanitari diurni, residenziali, ecc.
- Agevolazioni per servizi di pubblica utilità (telefono, luce, gas)
- Altre prestazioni economiche assistenziali
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

### **Informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante** (articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675)

I dati personali acquisiti con la presente dichiarazione sostitutiva:

- devono essere forniti per determinare la situazione economica del nucleo familiare del richiedente una prestazione sociale agevolata, ai sensi del decreto legislativo n. 109 del 1998, e successive modificazioni, e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni;
- sono raccolti dagli enti competenti (enti erogatori, comuni, centri di assistenza fiscale, sedi INPS) ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare le prestazioni sociali agevolate;
- possono essere scambiati tra i predetti enti o comunicati al Ministero delle finanze, alla Guardia di finanza e alle amministrazioni certificanti per i controlli previsti;
- sono trasmessi all'apposita banca dati dell'INPS per il calcolo dell'indicatore della situazione economica equivalente e per l'effettuazione dei controlli formali;
- sono messi a disposizione dell'ente erogatore da parte dell'INPS per consentire di procedere ad integrazioni e a variazioni, per effettuare controlli o per costituire, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela dei dati personali, una banca dati relativa agli utenti delle prestazioni sociali da esso erogate, ai sensi dell'articolo 4-bis del decreto legislativo n. 109 del 1998, e successive modificazioni.

Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, agli enti ai quali ha presentato la dichiarazione o l'attestazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge (articolo 13 della legge n. 675 del 1996).

L'ente al quale viene presentata la dichiarazione o l'attestazione, l'INPS e gli enti erogatori a cui sono trasmessi i dati delle dichiarazioni sono titolari del trattamento dei dati ciascuno per le rispettive competenze.



## GUIDA RAPIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

La dichiarazione sostitutiva è composta dal presente *modello base*, che a pagina 3 raccoglie i dati generali relativi al nucleo familiare, e da tanti *fogli allegati* quanti sono i componenti il nucleo familiare. Questa guida rapida è da intendersi come una sintesi delle istruzioni per la compilazione: **per qualunque dubbio, vanno comunque consultate le istruzioni dettagliate.**

### 1. Composizione del nucleo familiare

Ai fini dell'ISEE, ogni persona può appartenere ad un solo nucleo familiare. Il nucleo familiare da dichiarare è quello che risulta alla data di presentazione della dichiarazione.

#### 1.1 Il nucleo familiare: caso generale

Il nucleo familiare del dichiarante, da dichiarare nella tabella di pag. 3 del presente modello base, si compone, in via generale, dei seguenti soggetti:

- il dichiarante (codice tipo, già indicato, **D**);
- il coniuge del dichiarante (cod. tipo, da indicare, **C**);
- i figli minori del dichiarante e/o del coniuge, se con essi conviventi (cod. tipo, da indicare, **F**);
- le altre persone presenti nello stato di famiglia del dichiarante (consultare le istruzioni se si tratta di soggetti a carico ai fini IRPEF di altre persone non presenti nello stato di famiglia) (cod. tipo, da indicare, **P**);
- le persone non presenti nello stato di famiglia, ma a carico ai fini IRPEF del dichiarante o del coniuge o di altra persona presente nello stato di famiglia (consultare le istruzioni se si tratta di minori o di persone coniugate); dichiarare anche i figli minori conviventi con queste persone (cod. tipo, da indicare, **I**).

#### 1.2 Il nucleo familiare: casi particolari

Nei seguenti casi particolari si consultino le istruzioni e l'appendice "A2. Regole per la composizione del nucleo familiare":

- il dichiarante è coniugato, ma il coniuge ha una diversa residenza;
- qualcuno tra i soggetti presenti nello stato di famiglia è coniugato, ma il coniuge ha una diversa residenza;
- il dichiarante non è coniugato ed è a carico ai fini IRPEF di persone non presenti nel suo stato di famiglia;
- il dichiarante non è componente di una famiglia anagrafica (ad esempio, è residente in un istituto di cura o in un istituto religioso o in caserma o in un istituto di detenzione);
- tra i soggetti elencati al punto 1.1 vi sono minori affidati a terzi con provvedimento del giudice;
- tra i soggetti elencati al punto 1.1 vi sono persone che hanno ricevuto minori in affidamento con provvedimento del giudice;
- tra le persone a carico ai fini IRPEF vi sono soggetti a carico di più persone.

### 2. La casa di abitazione del nucleo

La casa di abitazione del nucleo, da indicare nel quadro C del presente modello base, è, in via generale, quella in cui risiedono tutti i componenti del nucleo. Se i componenti risiedono in più abitazioni, è lasciata facoltà al dichiarante di indicare come casa di abitazione del nucleo una a scelta tra le abitazioni in cui risiede almeno un componente del nucleo.

- Se la casa di abitazione del nucleo è in locazione, nel quadro C deve essere indicato: l'intestatario del contratto di locazione (se più di uno, è sufficiente indicare un solo locatario a condizione che faccia parte del nucleo familiare del dichiarante); gli estremi di registrazione del contratto; il canone annuale della locazione come previsto dal contratto stesso.
- Se la casa è di proprietà, nel foglio allegato della dichiarazione riguardante il proprietario dell'immobile, quadro F6, la casa di abitazione del nucleo deve essere indicata con un segno X nella casella corrispondente all'immobile (si veda più avanti, in questa Guida rapida, il punto "4. La situazione patrimoniale"). In caso di più proprietari, la casa di abitazione va indicata con le modalità suddette nei fogli allegati relativi a ciascun proprietario.

### 3. La situazione reddituale

Nei fogli allegati della dichiarazione sostitutiva unica riguardanti i singoli componenti il nucleo familiare, la sezione relativa alla situazione reddituale (quadro F4) deve essere compilata per tutti i percettori di reddito. Il reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF è quello indicato nell'ultima dichiarazione dei redditi presentata (riga "Reddito complessivo"; ad esempio, riga RN1 del modello UNICO anno 2001), o quello indicato nell'ultima certificazione sostitutiva ricevuta (ad esempio, al punto n. 1 del CUD anno 2001) se non è stata presentata la dichiarazione.

Per gli imprenditori agricoli, consultare le istruzioni.

Se nell'anno solare precedente la presentazione della dichiarazione sostitutiva non è stato percepito alcun reddito, è possibile indicare tale assenza di reddito: in tal caso però sono previsti specifici controlli da parte dell'INPS e degli enti erogatori.

### 4. La situazione patrimoniale

Nei fogli allegati della dichiarazione sostitutiva unica riguardanti i singoli componenti il nucleo familiare, le sezioni relative alla situazione patrimoniale (quadri F5 e F6) devono essere compilate per tutti i soggetti in possesso di patrimonio mobiliare e immobiliare alla data del 31 dicembre precedente la data della presentazione della dichiarazione sostitutiva unica.

- Il patrimonio mobiliare (quadro F5) dei singoli soggetti va indicato nella sua consistenza complessiva al 31 dicembre precedente: ad esempio, per i singoli soggetti in possesso di patrimonio mobiliare va fatta la somma del saldo in tale data del conto corrente, del conto titoli, del conto postale, ecc. (per una definizione di tutte le componenti del patrimonio mobiliare, si vedano le istruzioni).
- Il patrimonio immobiliare (quadro F6) va indicato in tutte le sue componenti, *immobile per immobile*, nella sua consistenza al 31 dicembre precedente. Ciascuna riga della tabella nel quadro F6 individua un singolo cespite, per il quale va indicato: se si tratta di fabbricato (codice F), terreno edificabile (cod. TE) o terreno agricolo (cod. TA); il comune in cui è situato l'immobile; qual è la quota posseduta dal soggetto a cui è intestato il foglio allegato; il valore di tale quota ai fini ICI; il valore della quota capitale residua dell'eventuale mutuo contratto per quel singolo cespite; ed infine, se si tratta della casa di abitazione del nucleo, già individuata nel quadro C del modello base (in questo caso, contrassegnare l'immobile con un segno X nell'ultima casella della riga corrispondente). Il valore ICI dell'immobile va indicato anche se l'immobile è esente da tale imposta.



Foglio allegato n°. \_\_\_\_ della dichiarazione sostitutiva unica presentata da \_\_\_\_\_

#### QUADRO F1 – DATI ANAGRAFICI

Cognome  Nome

Codice fiscale  Sesso  M  F

Comune / stato estero di nascita  prov.

*La parte sottostante del presente quadro, relativa alla residenza e al codice USL del soggetto, deve essere obbligatoriamente compilata per il dichiarante; per gli altri componenti il nucleo familiare la compilazione è obbligatoria solo quando i dati sono diversi da quelli del dichiarante.*

Indirizzo di residenza: via  n° civico

comune  prov.  CAP

Codice azienda USL  n° telefono (facoltativo)

#### QUADRO F2 PARTECIPAZIONE ALLA DICHIARAZIONE

*Barrare un'unica casella in coerenza con il codice tipo della tabella di pagina 3 del modello base.*

- D - dichiarante
- C - coniuge
- F - figlio minore o minore affidato
- P - altra persona presente nello stato di famiglia
- N - coniuge e figli non presenti nello stato di famiglia
- I - soggetto a carico ai fini IRPEF
- R - responsabile del mantenimento del dichiarante

#### QUADRO F3 ATTIVITÀ DEL SOGGETTO

*Compilare facoltativamente; la compilazione è consigliata nel caso in cui si richiedano prestazioni per le quali è obbligatorio indicare l'attività del soggetto. Barrare un'unica casella.*

- Lavoratore dipendente
- Lavoratore in cassa integrazione straordinaria, o in mobilità, o impiegato in lavori socialmente utili
- Lavoratore con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
- Lavoratore autonomo
- Libero professionista
- Imprenditore
- Disoccupato / in cerca di occupazione
- Pensionato
- Casalinga
- Studente
- Minore in età non scolare

**QUADRO F4 – SITUAZIONE REDDITUALE DEL SOGGETTO**

Arrotondare alle € 1.000 superiori se le ultime tre cifre superano 500, a quelle inferiori in caso contrario (per 1.501, scrivere 2.000; per 1.500, scrivere 1.000). Per gli euro, arrotondare all'intero più vicino (per 1,51 scrivere 2; per 1,5 scrivere 1).

Reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF  
(al netto dei redditi agrari dell'imprenditore agricolo)

Proventi agrari da dichiarazione IRAP  
(per i soli imprenditori agricoli)

Anno di produzione del reddito

**QUADRO F5 - SITUAZIONE PATRIMONIALE: PATRIMONIO MOBILIARE DEL SOGGETTO**

Indicare il patrimonio mobiliare complessivamente posseduto dal soggetto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva. Arrotondare per difetto al milione di lire o ai suoi multipli (per 9.900.000, scrivere 9.000.000; per 900.000, scrivere 0); per gli euro arrotondare per difetto al 500 euro o ai suoi multipli (per 5.900, scrivere 5.500; per 5.400, scrivere 5.000; per 490, scrivere 0).

Consistenza del patrimonio mobiliare

**DATI SUI SOGGETTI CHE GESTISCONO IL PATRIMONIO MOBILIARE**

Codice intermediario o gestore	Descrizione intermediario o gestore (indicare se Banca, Posta, SIM, Impresa di investimento comunitaria o extracomunitaria, ecc.)

**QUADRO F6 - SITUAZIONE PATRIMONIALE: PATRIMONIO IMMOBILIARE DEL SOGGETTO**

Indicare il patrimonio immobiliare (un cespite per ogni riga della tabella sottostante) posseduto dal soggetto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva. Arrotondare come per la situazione reddituale (Quadro F4).

TIPO DI PATRIMONIO (1)	SITUATO NEL COMUNE DI	QUOTA POSSEDUTA (percentuale)	VALORE AI FINI ICI (valore della quota posseduta dell'immobile, come definita ai fini ICI)	QUOTA CAPITALE RESIDUA DEL MUTUO (valore della quota posseduta)	CASA DI ABITAZIONE (2)

(1) utilizzare i seguenti codici: **F**=fabbricati; **TE**=terreni edificabili; **TA**=terreni agricoli.

(2) contrassegnare con una X solo la casella relativa all'immobile dichiarato come casa di abitazione del nucleo familiare nel quadro C del modello base.

**SOTTOSCRIZIONE DEL FOGLIO ALLEGATO**

Io sottoscritt ..., consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato i quadri F1, F2, F3 , F4 , F5 , F6  del presente foglio allegato, parte integrante della dichiarazione sostitutiva unica, e che quanto in essi espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti ovvero è accertabile, per le dichiarazioni sostitutive di certificazione, ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000.

\_\_\_\_\_ (luogo)                      \_\_\_\_\_ (data)                      \_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)

ALLEGATO A.1)

**Elenco delle principali attività previste per l'Operatore Socio Sanitario**

1) Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero:

Assiste alla persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;

Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;

Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;

Realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;

Coadiuvare il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;

Aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;

Cura la pulizia e l'igiene ambientale.

2) Intervento igienico - sanitario e di carattere sociale:

Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente;

Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali;

Valuta, per quanto di competenza gli interventi più appropriati da proporre;

Collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi;

Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione – relazioni appropriati con riferimento alle condizioni operative;

Mette in atto relazioni - comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.

3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo:

Utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio;

Collabora alla verifica della qualità del servizio;

Concorre, rispetto agli Operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;

Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;

Collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero alla realizzazione di attività semplici.

***Competenze dell'Operatore Socio Sanitario***

***Competenze tecniche***

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali sa attuare i piani di lavoro;

E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro comune ( schede, protocolli etc);

E' in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:

- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria.

- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;

- quanto necessario e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;

- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

E' in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.

Sa svolgere attività finalizzate all'igiene del personale al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione, etc);
- attuare interventi di primo soccorso effettuando piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
- provvedere a trasporto di utenti, anche allettati in barella e/o carrozzella;
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;
- svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
- accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

### ***Competenze relative alle conoscenze richieste***

Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse;

Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati;

Riconosce per i vari ambiti, e dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato demente o handicappato mentale etc.

E' in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche.

Conosce le modalità di rilevazione segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente.

Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione.

Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute rivolte agli utenti e ai loro familiari.

Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

### ***Competenze relazionali***

Sa lavorare in équipe.

Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo.

È in grado di interagire in collaborazione con il personale sanitario con il malato morente.

Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori.

Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale.

E' in grado di partecipare all'accogliimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse.

E' in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità.

Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi.