

## AVVISO

### PER L'ATTRIBUZIONE TEMPORANEA DI MANSIONI SUPERIORI PER N°1 POSTO DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI ex CATEGORIA B3 PER 24 ORE SETTIMANALI PRESSO L'UNITA' OPERATIVA OP SPEDALE G. ZAULI DA MONTEPOLO

In esecuzione della determinazione nr. **14** del **27.01.2025** della Responsabile del Servizio Risorse Umane, Affari Generali, Organizzazione, Pianificazione e Controllo di gestione di Azienda Servizi alla Persona del Forlivese, è indetto AVVISO PER L'ATTRIBUZIONE DI MANSIONI SUPERIORI DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ex CATEGORIA B3 PER 24 ORE SETTIMANALI PRESSO OP SPEDALE G.ZAULI DA MONTEPOLO di DOVADOLA. Si specifica che l'Operatore Socio Sanitario il quale, al termine del presente procedimento, risulterà incaricato di Mansioni Superiori RAA presso la Struttura, svolgerà il proprio servizio all'interno della stessa con mansioni RAA per nr. 24 ore settimanali e con mansioni OSS per le restanti 12 ore settimanali.

#### **DGR 514/2009**

#### **ALLEGATO D/A PERSONALE – Ruoli Lavorativi: Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali**

Promuove la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti in strutture o al domicilio, coordinando le attività degli OSS che operano nell'unità organizzativa/nucleo di competenza, assicurando la massima collaborazione per l'integrazione con le attività e le figure sanitarie, la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio, con particolare riferimento alle attività assistenziali e ai servizi alberghieri.

#### **Competenze**

E' in grado di programmare e coordinare le attività assistenziali dell'unità organizzativa di competenza. Assicura la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio ed una gestione efficiente dei servizi alberghieri e accessori, con particolare riferimento all'approvvigionamento di materiali e strumenti per lo svolgimento dell'attività assistenziale di base e alberghiera. Sa coordinare il lavoro degli OSS impiegati nel nucleo, organizzando in particolare i turni di lavoro ed il programma delle attività quotidiane e mensili rivolte agli utenti. Sa utilizzare i sistemi informativi e partecipa all'informatizzazione del servizio per quanto di competenza Partecipa alla formulazione del budget e agli adempimenti connessi al controllo di gestione. E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro integrato all'interno dell'unità organizzativa. Sa gestire gruppi di lavoro e riunioni. E' in grado di contribuire allo sviluppo professionale dei collaboratori del servizio. Dimostra orientamento alle esigenze degli utenti e dei familiari ed interesse a migliorare la qualità del servizio. Sa sostenere e promuovere la motivazione dei collaboratori. Sa lavorare in gruppo ed in particolare sa svolgere azione di coordinamento ed orientamento dei gruppi. E' in grado di intrattenere relazioni positive e collaborare con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, volontari), favorendo un clima relazionale positivo anche in situazioni critiche.

#### **Conoscenze**

Conosce l'organizzazione ed il funzionamento del sistema dei servizi sociali e sanitari, dal punto di vista giuridico ed organizzativo. Conosce i bisogni e le esigenze dell'utenza di riferimento dal punto di vista bio-psico-sociale. Conosce i metodi e le tecniche del lavoro sociale, con particolare riferimento al lavoro per progetti personalizzati ed ai più comuni strumenti di valutazione multidimensionale. Conosce i metodi e le tecniche di aiuto alla persona con particolare rilievo per le attività di nursing, prevenzione, riabilitazione, riattivazione e mantenimento delle capacità residue.

#### **ALLEGATO D/B PERSONALE – Rapporto operatori utenti e Titoli per l'accesso alle qualifiche previste: Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali**

Il responsabile di nucleo delle attività assistenziali (RAA) **deve** essere in possesso del **diploma di scuola media secondaria di secondo grado, della qualifica di OSS e di un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo.** (...)

**Titolo preferenziale** per attestare l'adeguatezza del curriculum è il possesso di uno dei seguenti titoli:

a) certificato di specializzazione per "Responsabile di nucleo delle attività assistenziali" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;

b) certificato di competenze o di qualifica per “Tecnico esperto nella gestione di servizi” rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003;

c) certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti le attività assistenziali di nucleo.

#### **REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE:**

1. Essere in possesso di uno dei seguenti titoli: a) **certificato di specializzazione per “Responsabile di nucleo delle attività assistenziali” rilasciato dalla Regione Emilia Romagna** ai sensi della Legge quadro n. 845/1978; b) **certificato di competenze** o di qualifica per “Tecnico esperto nella gestione di servizi” rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003; c) **certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni**, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, **attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti le attività assistenziali di nucleo**.
2. **Essere in servizio a tempo indeterminato alle dipendenze dell’ASP del Forlivese in qualità di Operatore Socio-Sanitario.**

#### **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

La domanda di ammissione deve essere redatta UTILIZZANDO ESCLUSIVAMENTE il modulo allegato al presente avviso: “**ALLEGATO A**”.

**La domanda deve riportare la firma autografa estesa del/della candidato/a, a pena di esclusione.** Non è richiesta l’autenticazione della firma, ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. **La mancata sottoscrizione della domanda non è regolarizzabile e comporta, pertanto, la non ammissione alla procedura.**

Le domande e i documenti allegati possono essere presentati esclusivamente tramite una delle seguenti modalità **ENTRO IL TERMINE PERENTORIO DELLE ORE 24.00 DEL 06 FEBBRAIO 2025:**

1. Inviare con modalità telematica con messaggio di posta elettronica semplice indirizzato all’Ufficio Protocollo dell’Ente [info@aspforlivese.it](mailto:info@aspforlivese.it) con oggetto “**AVVISO MANSIONI SUPERIORI RAA OP ZAULI**”. **Nel caso di presentazione della domanda tramite email non certificata non essendo possibile garantirne l’avvenuta ricezione, i/le candidati/e sono tenuti a verificare direttamente la ricezione telefonando al nr. 0543.1900837 (Servizio Protocollo).** L’Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni dell’indirizzo email da parte del/della candidato/a, né per la mancata ricezione della domanda dovuta a malfunzionamento della posta elettronica o ad altre cause non ascrivibili alla stessa Amministrazione.

2. Inviare con modalità telematica con invio di un messaggio di posta elettronica certificata con oggetto: “**AVVISO MANSIONI SUPERIORI RAA OP ZAULI**”; con allegata la domanda e la documentazione richiesta. La domanda dovrà essere spedita al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [aspforlivese@pec.aspforlivese.it](mailto:aspforlivese@pec.aspforlivese.it).

Il termine di presentazione delle domande è perentorio.

Non verranno prese in considerazione le domande che perverranno oltre la data del 06/02/2025 ore 24.00.

Nella domanda dovrà essere indicato l’esatto recapito completo di numero telefonico ed eventuale indirizzo di posta elettronica al quale si desidera che siano trasmesse le eventuali comunicazioni relative alla procedura e per le quali l’avviso non preveda la pubblicazione sul sito istituzionale dell’Ente.

L'Amministrazione non si assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del/della candidato/a, per la mancata ricezione della domanda dovuta a disguidi postali o ad altre cause non ascrivibili alla stessa Amministrazione oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda.

L'istanza dovrà contenere tutti gli elementi richiesti dall'allegato A.

Le dichiarazioni contenute nella domanda di ammissione alla procedura e le dichiarazioni che sostituiscono le relative certificazioni o gli atti di notorietà, sono rese sotto la propria responsabilità.

Le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti comportano responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, 445, nonché le conseguenze di cui all'art 75 del medesimo D.P.R., in termini di decadenza dei benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera.

### **CERTIFICAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

Alla domanda (**allegato A**) debitamente sottoscritta, i candidati devono allegare, compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto in forma di autodichiarazione, l'apposito **foglio notizie (allegato B)** predisposto dall'Azienda e facente parte integrante dell'Avviso. Quanto dichiarato nel foglio notizie deve corrispondere alla documentazione già in possesso dell'Azienda ovvero ad eventuale altra documentazione di cui l'aspirante ha l'onere di indicare i necessari riferimenti per l'acquisizione di ufficio.

Gli aspiranti alla selezione sono in ogni caso liberi di allegare alla domanda tutta la documentazione che ritengono opportuna agli effetti della valutazione, se già non contenuta nel fascicolo personale.

Le pubblicazioni dovranno essere edite a stampa. Le pubblicazioni dovranno essere prodotte in forma integrale in originale o in copia autentica nelle forme di legge.

### **CRITERI PER LA VALUTAZIONE:**

La valutazione dei titoli dichiarati dai/dalle candidati/e nella mansione specifica di OSS sarà effettuata secondo le seguenti modalità:

1. Titoli di servizio prestato presso Asp del Forlivese: **punteggio max. 10 punti** (I periodi di servizio prestato presso Asp del Forlivese saranno valutati nella misura di 0,005 per ogni giornata di servizio).
2. Colloquio: **punteggio max. 10 punti**.

### **NORMA FINALE:**

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando si fa riferimento alle norme vigenti in materia. Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Servizio Risorse Umane c/o Sede Legale e Amministrativa di Asp del Forlivese, Via Piccinini 66 – 47016 Predappio Alta (FC) tel. 0543.1900837 email [personale@aspforlivese.it](mailto:personale@aspforlivese.it).

### **PRIVACY:**

In attuazione del Regolamento UE 2016/679, i partecipanti all'avviso autorizzano il Servizio Risorse Umane, Affari Generali, Organizzazione e Pianificazione al trattamento dei loro dati personali.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

In attuazione del Regolamento UE 2016/679 si forniscono le seguenti informazioni:  **Titolare del Trattamento ASP DEL FORLIVESE** - Via Piccinini nr. 66 - TEL.0543.1900837 - EMAIL [info@aspforlivese.it](mailto:info@aspforlivese.it) - PEC [aspforlivese@nexinpec.it](mailto:aspforlivese@nexinpec.it) nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore;  **Responsabile della**



**Azienda Servizi alla Persona del Forlivese**

Via Piccinini, 66 – 47016 Predappio (FC)  
Codice fiscale/Partita IVA 03882990405  
Telefono [0543 1900837](tel:05431900837) Fax [0543.1900838](tel:05431900838)  
Email: [info@aspforlivese.it](mailto:info@aspforlivese.it)  
PEC: [aspforlivese@pec.aspforlivese.it](mailto:aspforlivese@pec.aspforlivese.it)

**Protezione dei Dati (DPO)** Dott. Marco Babolin, TEL. 490998416 - EMAIL [dpo@robbyone.net](mailto:dpo@robbyone.net) - PEC [dpo.robbyone@ronepec.it](mailto:dpo.robbyone@ronepec.it)

**Modalità del trattamento**

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

**Diritti degli Interessati**

In qualsiasi gli interessati momento potranno esercitare i seguenti diritti:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio di tali diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

In Predappio, 27.01.2025

**Azienda Servizi alla Persona del Forlivese**  
**Servizio Risorse Umane, Affari Generali, Organizzazione, Pianificazione e Controllo di gestione**  
**f.to La Responsabile Dott.ssa Simona Ranieri**



**Azienda Servizi alla Persona del Forlivese**

Via Piccinini, 66 – 47016 Predappio (FC)  
Codice fiscale/Partita IVA 03882990405  
Telefono [0543.1900837](tel:0543.1900837) Fax [0543.1900838](tel:0543.1900838)  
Email: [info@aspforlivese.it](mailto:info@aspforlivese.it)  
PEC: [aspforlivese@pec.aspforlivese.it](mailto:aspforlivese@pec.aspforlivese.it)

**Allegato A - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AVVISO PER L'ATTRIBUZIONE TEMPORANEA DI MANSIONI SUPERIORI PER N°1 POSTO DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI CATEGORIA B3 PER 24 ORE SETTIMANALI PRESSO L'UNITA' OPERATIVA OP SPEDALE G. ZAULI DA MONTEPOLO**

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

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Dipendente a tempo indeterminato di Codesta Azienda dal \_\_\_\_\_ nel profilo di Operatore Socio-Sanitario Unità Operativa \_\_\_\_\_

In possesso di:

- Certificato di specializzazione per “Responsabile di nucleo delle attività assistenziali” rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;
- Certificato di competenze o di qualifica per “Tecnico esperto nella gestione di servizi” rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003;
- Certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti le attività assistenziali di nucleo:(specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'AVVISO pubblicato dall'Azienda in data 11.03.2022 e identificato come AVVISO PER L'ATTRIBUZIONE TEMPORANEA DI MANSIONI SUPERIORI PER N°1 POSTO DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI CATEGORIA B3 PER 24 ORE SETTIMANALI PRESSO L'UNITA' OPERATIVA OP SPEDALE G. ZAULI DA MONTEPOLO

Allega alla domanda il foglio notizie (Allegato B).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Azienda Servizi alla Persona del Forlivese**

Via Piccinini, 66 – 47016 Predappio (FC)  
Codice fiscale/Partita IVA 03882990405  
Telefono [0543.1900837](tel:0543.1900837) Fax [0543.1900838](tel:0543.1900838)  
Email: [info@aspforlivese.it](mailto:info@aspforlivese.it)  
PEC: [aspforlivese@pec.aspforlivese.it](mailto:aspforlivese@pec.aspforlivese.it)

**Allegato B - FOGLIO NOTIZIE**

**AVVISO PER L'ATTRIBUZIONE TEMPORANEA DI MANSIONI SUPERIORI PER N°1 POSTO DI RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI CATEGORIA B3 PER 24 ORE SETTIMANALI PRESSO L'UNITA' OPERATIVA OP SPEDALE G. ZAULI DA MONTEPOLO**

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

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo per ogni eventuale comunicazione inerente l'Avviso:

\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Curriculum**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_