



REGIONE DEL VENETO

GIUNTA REGIONALE

Direzione Risorse Umane e Formazione S.S.R.



## AVVISO DI ISCRIZIONE

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 837 del 14/10/2011, sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione al corso denominato:

**“MODULO FACOLTATIVO TEMATICO INTEGRATIVO  
IN ASSISTENZA ODONTOIATRICA”  
PERCORSO “ORDINARIO”  
(Legge regionale 16.8.2001, n. 20)**

**N. corsi 2, per un totale di n. 60 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 professionale 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 conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

### ***2 – SCOPO DEL CORSO***

L'Operatore Socio-Sanitario che ha 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 – MODALITA' 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 il giorno **15 Novembre 2011**, al seguente indirizzo: **Azienda ULSS 16 di Padova – Protocollo Generale - Via Enrico degli Scrovegni, 14 – 35131 PADOVA** - Orario d'ufficio: da lunedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.30 alle ore 17.00, il venerdì dalle 8.30 alle 14.00.

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 contengono tutti i documenti richiesti non saranno ritenute valide ai fini dell'ammissione al modulo formativo.

### **4 – AMMISSIONE**

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

Dell'ammissione e dell'eventuale esperimento del test verrà data comunicazione mediante il sito dell'Azienda al seguente indirizzo: [www.ulss16.padova.it](http://www.ulss16.padova.it) alla home page sezione ultimi eventi e [www.sanita.padova.it](http://www.sanita.padova.it) e presso l'atrio della sede dell'ULSS 16, Via Scrovegni 14 - Padova. I candidati ammessi sono tenuti a presentarsi, senza ulteriore preavviso, all'incontro del **23 novembre 2011 alle ore 18.00** presso l'aula ex Chiesa delle Zitelle, Via Ospedale 26 – Padova.

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 mesi 5 e si concluderà con un esame finale.

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

La frequenza delle attività formative è obbligatoria.

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

Non sono altresì ammessi a sostenere la prova 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 durante l'incontro preliminare.

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

L'attività formativa avrà luogo presso le aule dell'ULSS 16 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova. In presenza di un numero insufficiente di candidati per l'attivazione dei corsi, è possibile il trasferimento dei medesimi presso aziende sanitarie vicine che hanno attivato i corsi stessi. Della variazione della sede formativa 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 16 di Padova unicamente per le finalità di gestione del corso formativo.

L'interessato gode dei diritti di cui al titolo II parte I del D.Lgs 196/03. Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'art. 18, capo II del D.Lgs 196/03.

## **9 – ULTERIORI INFORMAZIONI**

Ulteriori informazioni e/o chiarimenti potranno essere richiesti a Struttura Interaziendale di Formazione e Progetti Internazionali – Dott.ssa Brunetta Burattin tel. 0498214527 – [brunetta.burattin@sanita.padova.it](mailto:brunetta.burattin@sanita.padova.it) Fax 0498214511 - siti internet: [www.ulss16.padova.it](http://www.ulss16.padova.it) e [www.sanita.padova.it](http://www.sanita.padova.it)

## **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 di Giunta regionale n. 2903 del 29/09/2009 e n.20\12 del 03/08/2010 e DGR n. 1408 del 06/09/2011.

IL DIRETTORE GENERALE  
f.to Dott. Adriano Cestroni

Padova, 14/10/2011

**OGGETTO: domanda di ammissione al “Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica” - percorso “ordinario”**  
Avviso prot. n. \_\_\_\_\_

All’Azienda Sanitaria  
ULSS 16 di Padova  
Via Scrovegni, 14  
35131 PADOVA

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

d i c h i a r a

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 \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del titolo di Operatore Socio-Sanitario, rilasciato dall’Ente \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ .

(oppure)

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

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- un elenco in carta semplice dei documenti presentati;
- Altro – Specificare \_\_\_\_\_

**Recapito per comunicazioni:**

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
Tel. e fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

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

**FIRMA** \_\_\_\_\_

(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

**INFORMATIVA**

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 16 di Padova

Il responsabile del trattamento è Direttore Generale Dott. Adriano Cestroni

FIRMA

Data \_\_\_\_\_