



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

AVVISO PUBBLICO PER FORMULAZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI IDONEI DA NOMINARE NELLE COMMISSIONI D'ESAME FINALE DI QUALIFICA PER OPERATORI SOCIO SANITARI

Con riferimento alla L. 24 giugno 1980, n. 87 ed al D.G.R. n. 1151 del 07-12-2022 e/o alla vigente normativa specifica di settore;

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, con atto deliberativo n. 28 del 27 gennaio 2023;

Viste le leggi: Legge 833/78; il Decreto Legge 502/92, in particolare gli artt. 2, 3; la Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge Quadro dei Servizi Sociali";

Viste le Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali dettate dalla L. 01/02/2006, n. 43;

Vista la Legge 11 gennaio 2018, n. 3 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.";

Considerata la necessità di formare un elenco di Medici da delegare quali rappresentanti di questo Ordine nelle Commissioni per gli Esami Finali di OSS – sedi formativo-professionali della Provincia di Frosinone;

Preso Atto dell'Accordo Stato – Regioni del 22 febbraio 2001 G.U. 19/04/2001, n. 91 con il quale è stata individuata la figura dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) ed è stata disciplinata la relativa formazione professionale ed in particolare l'art. 12, con il quale viene previsto che gli allievi a fine corso siano sottoposti ad una prova d'esame da parte di apposita commissione d'esame, la cui composizione è individuata dal provvedimento regionale e della quale fa parte un esperto designato dall'Assessorato Regionale alla Sanità ed uno dall'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali;

Considerata la stretta collaborazione richiesta costantemente da circa due anni da parte della Direzione Regionale Sanità e gli Ordini Provinciali dei Medici del Lazio per l'individuazione degli esperti del settore medico e odontoiatrico sanitario, prevedendo che siano gli stessi Ordini ad individuare gli esperti tra i professionisti sanitari che risultano iscritti nei relativi albi professionali;

Preso Atto del Piano triennale anticorruzione e per la trasparenza adottato da questo Ordine;

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13-9-1946 n. 233)

Via Fosse Ardeatine, 101 – 03100 Frosinone – Codice Fiscale 80000950602 – Tel. 0775.852701 / 02

FAX 0775.853163 – pec: omceofrsegreteria@pec.it; e-mail: info@ordinemedicifrosinone.it



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

Si rende necessario costituire apposito elenco di Medici Chirurghi dai quali attingere per integrare e/o supportare l'attività già svolta dai componenti del Consiglio Direttivo, per la nomina dei membri di Commissioni

1) D'ESAME FINALE DI QUALIFICA PER OPERATORI SOCIO SANITARI

Requisiti minimi per l'ammissione all'elenco

- ✦ Iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi dell'OMCeO di Frosinone
- ✦ 5 anni di anzianità nel profilo professionale
- ✦ Trasmettere curriculum vitae in formato europeo aggiornato, firmato e con dichiarazione per il trattamento dei dati
- ✦ Dichiarare la propria disponibilità a comunicare tempestivamente qualsiasi circostanza sopraggiunta di inconferibilità dell'incarico alla Regione Lazio e alla Scuola
- ✦ Impegnarsi a trasmettere nei tempi indicati la modulistica fornita

Remunerazioni

Gli incarichi di rappresentanza sono totalmente gratuiti, salvo eventuali rimborsi spesa o gettoni erogati dalla Regione Lazio dei quali l'Ordine non è in alcun modo responsabile.

Trasmissione

Le domande verranno valutate solo attraverso i requisiti di accesso e serviranno a stilare un elenco degli idonei da cui si attingerà a rotazione delle chiamate oppure direttamente forniti alla Regione o alle scuole che ne faranno richiesta ufficiale.

Gli interessati potranno far pervenire la domanda presso l'Ordine tramite PEC all'indirizzo:

segreteria.fr@pec.omceo.it

Termini Temporalì per l'inoltro delle domande

I termini di prima scadenza delle domande, per il 2023, sono i seguenti: da concordare.

I termini verranno rinnovati ogni 6 mesi dandone comunicazione agli iscritti dell'albo, a mezzo pec; sarà cura degli iscritti avanzare apposita richiesta di cancellazione dall'elenco.

Le domande verranno accettate in ordine di arrivo ed i nominativi risultati idonei formeranno via via un elenco immediatamente utilizzabile. Si fa presente che le domande pervenute fuori termine non potranno essere prese in considerazione.

Nella domanda (allegata al presente bando) gli aspiranti dovranno dichiarare, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, d.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità:

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13-9-1946 n. 233)

Via Fosse Ardeatine, 101 – 03100 Frosinone – Codice Fiscale 80000950602 – Tel. 0775.852701 / 02

FAX 0775.853163 – pec: omceofrsegreteria@pec.it; e-mail: info@ordinemedicifrosinone.it



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

- Data, luogo di nascita, codice fiscale;
- Indirizzo di residenza/domicilio;
- Titoli di studio posseduti;
- Data e numero di iscrizione all'Albo professionale;
- Anzianità di servizio quale medico chirurgo oppure odontoiatra nei relativi ambiti e discipline stabiliti;
- Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) presso cui, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni eventuale comunicazione ufficiale;
- Numero di telefono cellulare.

Al momento dell'eventuale conferimento dell'incarico, l'odontoiatra avrà cura di restituire, a mezzo pec, il curriculum aggiornato e i 3 moduli dichiarativi che gli verranno trasmessi.

Frosinone, 27/01/2023

ALLEGATO 1 -Domanda di partecipazione

DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DI PROFESSIONISTI DISPONIBILI A FAR PARTE DELLE COMMISSIONI D'ESAME FINALE DEI CORSI PROFESSIONALI PER LA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO.

La/IlSottoscritta/o.....



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
FROSINONE**

Iscritto dal.....presso l'OMCeO di Frosinone con n.º....., nell'Albo Medici Chirurghi;

Codice Fiscale

presenta domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formulazione di un elenco di professionisti idonei da nominare nell'ambito della formazione degli operatori socio sanitari.

A tal proposito dichiara:

di essere nata/o il _____ a _____;

residente a _____;

di essere domiciliato _____;

Tel. _____;

email: _____;

Pec: _____;

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio ulteriori rispetto all'abilitazione:

di aver prestato e di prestare la seguente attività professionale:

disciplina: _____

in qualità di Libero Professionista _____ Dipendente _____ Convenzionato _____

presso: _____

dalla data _____.

-Allego il curriculum vitae aggiornato e firmato;

-Allego fotocopia del documento di identità (carta identità/patente)

-Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679). Autorizzo la pubblicazione e la diffusione dei miei dati ai fini del presente bando e della Trasparenza. Mi impegno a dichiarare, secondo modulistica che mi verrà fornita, ogni impedimento all'incarico.

Il candidato

....., li.....
