



UNIONE EUROPEA



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



REGIONE CAMPANIA



Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS

P.O.R. Campania 2000 - 2006
MISURA 3.2 - Tipologia C

Piano integrato per sostenere l'inclusione sociale e l'occupabilità dell'Area Nord della città di Napoli
Bando di Selezione
per l'ammissione di n. 1 candidato alla Work Experience
"OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE" - Cod. Uff. 0343933
autorizzato e finanziato dalla Regione Campania
Delibera di G. R. n° 2303 del 18/12/2004 - Decreto Dirigenziale n° 92 del 21/06/2006

L'Ente **Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS** organizza n° 1 Work Experience della durata di n. 6 mesi di cui 40 ore di orientamento in aula.

Finalità dell'intervento: Il progetto intende offrire ai destinatari l'opportunità di un contatto diretto con realtà lavorative operanti nel settore sociale che, attraverso un approccio di carattere formativo, possa agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e sostenere il processo di accoglienza delle imprese verso i giovani in difficoltà rispetto al mercato del lavoro.

Descrizione della figura professionale: L'operatore socio-assistenziale è un operatore che, in possesso di adeguata preparazione culturale e professionale, svolge la sua attività prevalentemente nell'assistenza diretta e di cura di anziani e disabili, sia a domicilio dell'utente che nelle strutture di cura residenziali o nelle scuole. Opera in collegamento con i servizi e con le risorse sociali al fine di favorire l'autonomia personale dell'utente nel rispetto della sua autodeterminazione. E' in grado di affrontare situazioni di bisogno particolari mediante una costante e qualificata assistenza. Il presente percorso formativo intende fornire le conoscenze necessarie a svolgere l'attività di operatore socio assistenziale nelle scuole, grazie ai contenuti d'aula specifici e normativi ed alle ore di tirocinio e stage presso la scuola a sostegno degli alunni diversamente abili.

Contenuti del percorso: La Work Experience prevede un percorso della durata di 6 mesi di attività presso un'azienda. Nei 6 mesi è compreso un percorso formativo di 40 ore da tenersi in aula c/o l'Ente di formazione; dopo una prima fase di orientamento saranno fornite all'allievo nozioni relative ai elementi di legislazione nazionale e regionale a contenuto socio-assistenziale e previdenziale, elementi di legislazione sanitaria e organizzazione dei servizi (normativa specifica O.S.S.), di etica e deontologia, di diritto del lavoro e il rapporto di dipendenza, di psicologia e sociologia, di igiene, metodologia del lavoro sociale e sanitario e di assistenza sociale.

Destinatari e requisiti di accesso: Il corso è rivolto a n°1 partecipante inattivo/a, inoccupato/a o che versi in stato di disoccupazione ovvero che sia immediatamente disponibile allo svolgimento di un'attività lavorativa, residente nei quartieri dell'Area Nord della Città di Napoli (specificatamente: Scampia, Chiaiano, Marianella, Piscinola, Miano, San Pietro a Patierno, Secondigliano) con età compresa tra i 18 e 32 anni. Il destinatario deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: diploma di scuola media superiore, diploma di laurea o qualifica professionale. Sarà ritenuto requisito preferenziale l'aver svolto esperienze di volontariato documentate.

Modalità e termini di partecipazione: La domanda di partecipazione alle work experience potrà essere ritirata presso la sede operativa della **Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS** sita in Napoli alla via Pietravallo n. 10 cap 80131, oppure scaricata dal sito internet <http://web.rcm.napoli.it/horizon/> e deve pervenire, debitamente compilata e corredata da documento di riconoscimento in corso di validità, esclusivamente a mano, entro e non oltre il 22/05/2007 secondo lo schema (**Allegato A e B**), alla sede operativa della "**Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS**" sita in Napoli alla via Pietravallo n. 10. Non saranno prese in considerazione domande incomplete e/o pervenute fuori tempo utile.

Frequenza: La frequenza alla work experience è obbligatoria e prevede un impegno a tempo pieno, con orario corrispondente a quello in uso presso la struttura ospitante e conforme al CCNL. E' consentito un numero massimo di ore di assenza, a qualsiasi titolo, pari al 20% del totale delle ore previste. Gli allievi che supereranno tale limite saranno allontanati d'ufficio dalla work experience.



UNIONE EUROPEA



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS

Borsa di studio: La work experience prevede una borsa di studio di € 500,00 al mese onnicomprensiva.

Certificazione finale: Sono ammessi alle valutazioni finali gli allievi che abbiano frequentato almeno l'80% delle ore autorizzate. Al termine dell'esperienza verrà rilasciato un attestato di frequenza con la specificazione delle competenze acquisite (certificate dall'azienda ospitante e dall'ente sulla base delle valutazioni in itinere e della prova finale).

Selezioni: Le prove di selezione si terranno presso la sede operativa della "Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS" sita in Napoli alla via Pietravalle n. 10, e le work experience si svolgerà presso la sede operativa della seguente Società: Istituto scolastico Montalcini sito in Melito di Napoli (NA)

Le selezioni inizieranno in data 25/05/2007 alle ore 14,30 e accerteranno i requisiti d'accesso alle attività formative e saranno svolte sulla base di verifiche che comprendono una prova scritta attraverso la somministrazione di test a risposta multipla su argomenti di cultura generale ed interviste motivazionali individuali.

Il punteggio attribuito per ciascuna delle due prove sarà: test cultura generale fino a 20 punti e colloquio motivazionale fino a 40 punti. A parità di punteggio si terrà conto dei titoli preferenziali, dando priorità alla maggiore durata dello stesso.

Gli interessati dovranno presentarsi muniti di valido documento di riconoscimento.

Graduatoria finale: I risultati delle prove di selezione e la graduatoria degli ammessi alle work experience, unitamente alla data di inizio delle attività, saranno affissi entro 72 ore dalla data di termine delle selezioni presso la sede operativa della **Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS** sita in Napoli alla via Pietravalle n. 10 cap 80131

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla segreteria della **Consulta Regionale degli Handicappati ONLUS**
tel./fax: 081.372.23.82

Napoli, 8 maggio 2007

Il Legale Rappresentante
(Pasquale Imperatore)



UNIONE EUROPEA



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS

Allegato A

*Spett.le Consulta Regionale degli
Handicappati ONLUS
Via Pietravalle n. 10
80131 - Napoli*

Oggetto: P.O.R. CAMPANIA 2000/2006
D. G. R. n° 2303 del 18/12/2004 - D.D. n° 92 del 21/06/2006
Domanda di ammissione alla Work Experience
"OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE" - Cod. Uff. 0343933

_____ I _____ sottoscritt_

nato a _____ (____) il
____/____/____

e residente a _____ (____) in via

CAP _____ Telefono _____ Codice Fiscale

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A ALLA WORK EXPERIENCE

"OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE" - Cod. Uff. 0343933

I sottoscritt_ dichiara di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente il contenuto. Si riserva di consegnare, se risulterà ammesso al corso, pena decadenza, la documentazione richiesta.

I sottoscritt_ autorizza l'Ente di formazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Allego alla presente (barrare le caselle relative alle documentazione)

- Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti per l'ammissione al corso;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia del tesserino codice fiscale;

(Luogo e data)

In fede



UNIONE EUROPEA



**Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali**



REGIONE CAMPANIA



CAMPANIA
FONDO SOCIALE EUROPEO



**Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS**

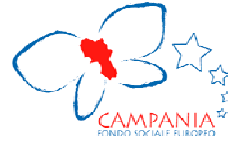
Firma



UNIONE EUROPEA



Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali



Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS

Allegato B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Autodichiarazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)**

_____ l _____ sottoscritt_

nato a _____ (____) il
____/____/____

e residente a _____ (____) in via

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

DICHIARA

- Di essere in possesso
 - della qualifica professionale _____
 - del diploma di scuola media superiore _____
 - del diploma di laurea _____
 (Barrare la casella corrispondente e specificare)
- Di essere residente nel quartiere dell'area Nord della Città di Napoli (barrare la casella di interesse)
 - Scampia
 - Chiaiano
 - Marianella
 - Piscinola
 - Miano
 - San Pietro a Patierno
 - Secondigliano
- Di essere (barrare la casella di interesse)
 - Inattivo
 - Inoccupato
 - Disoccupato

(Luogo e data)



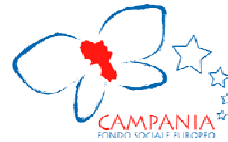
UNIONE EUROPEA



**Ministero del Lavoro
e delle Politiche
Sociali**



REGIONE CAMPANIA



CAMPANIA
FONDO SOCIALE EUROPEO



**Consulta Regionale
degli Handicappati
ONLUS**

IL DICHIARANTE
