

**ISTITUZIONE DI UN ELENCO PER INFERMIERI RAPPRESENTANTI  
DELL'OPI FIRENZE-PISTOIA  
NELL'ESAME DI QUALIFICAZIONE PER OPERATORE SOCIO-  
SANITARIO e OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE  
COMPLEMENTERE IN ASSISTENZA SANITARIA**

E' emesso un Avviso per individuare n. 10 infermieri da inserire nell'Elenco dei Rappresentanti OPI nell'esame di qualificazione per Operatore Socio Sanitari e per Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria.

Le funzioni richieste al Rappresentante sono le seguenti:

- partecipare attivamente alla valutazione delle competenze sviluppate dai candidati in sede di esame
- valutare l'appropriatezza e la pertinenza delle prove di esame in relazione alle competenze dell'OSS/OSS FC
- redigere il Report dell'esame predisposto da OPI Firenze-Pistoia
- collaborare per l'individuazione e la realizzazione di azioni di miglioramento.

Possono presentare domanda:

- gli infermieri iscritti all'Albo di OPI Firenze-Pistoia
- in possesso della Laurea in Infermieristica/Infermieristica Pediatrica o di titolo equipollente o del Diploma di Laurea in Infermieristica//Infermieristica Pediatrica conseguito in Italia
- con esperienza professionale di almeno 2 anni in qualità di Infermiere
- in servizio attivo.

Non saranno accettate domande da parte di coloro che:

- siano già stati individuati Rappresentanti OPI in altri Elenchi di questo stesso Ordine di Firenze – Pistoia

I soggetti che verranno inseriti nell'Elenco sono tenuti a partecipare ai percorsi di aggiornamento/formazione mirata organizzati dall'OPI Firenze-Pistoia per tutta la durata dell'Elenco.

La domanda di candidatura, redatta sul format allegato, dovrà essere indirizzata per mezzo di PEC all'indirizzo: [firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it](mailto:firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it) entro e non oltre il giorno 25.04.2023 alle ore 23.59, allegando il CV aggiornato e firmato, redatto sul modello Europass allegato. Non saranno accettate domande che siano prive di uno dei documenti indicati qui sopra e non inviata per PEC.

## Al Presidente dell'OPI Firenze-Pistoia

domanda formulata ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono cell \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso all'Elenco dei Rappresentanti OPI per l'esame finale di qualificazione di Operatore Socio Sanitario e Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria.

A tal fine si impegna fin da ora a garantire ognuna delle funzioni richieste al Rappresentate.

**Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e mendaci,  
DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità i seguenti stati, fatti e qualità personali:**

- di essere iscritto all'OPI Firenze-Pistoia con posizione n.....
- di essere cittadino italiano e/o di aver conseguito il Diploma di Laurea in Infermieristica in Italia
- di essere attualmente in servizio attivo  
*(si ricorda che sono necessari almeno 2 anni di servizio per candidarsi, da verificarsi tramite CV accluso)*
- di aver conseguito la Laurea in Infermieristica il ..... presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ o titolo equipollente nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali
- di non essere stato soggetto di procedimenti disciplinari ordinistici da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e di non aver riportato sanzioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_