



Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

**Documento approvato con Deliberazione n. 330/2024 del 04/04/2024
del Consiglio Direttivo dell'OPI Interprovinciale Firenze Pistoia**

REGOLAMENTO

PER LA RAPPRESENTANZA OPI NELLE COMMISSIONI DI ESAME FINALE DEI CORSI per OPERATORE SOCIO SANITARIO E PER OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA

*Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com*





Art. 1	Funzione della CAI di rappresentanza esponenziale	pag.	3
Art. 2	Istituzione di un Elenco per la designazione di Rappresentanti presso Commissioni Esame finale Corsi OSS e OSS FC	pag.	3
Art. 3	Diffusione dell'Avviso	pag.	3
Art. 4	Requisiti per la presentazione della candidatura	pag.	3
Art. 5	Presentazione della candidatura	pag.	4
Art. 6	Valutazione delle domande pervenute	pag.	4
Art. 7	Costituzione dell'Elenco dei Rappresentanti OPI per Esami Finali Corsi OSS e OSS FC	pag.	5
Art. 8	Richiesta di nomina da parte delle Aziende Sanitarie	pag.	5
Art. 9	Orientamento alla sessione di esame	pag.	5
Art. 10	Proposta di designazione della CAI al CD	pag.	5
Art. 11	Nomina per il singolo Rappresentante	pag.	6
Art. 12	Incarico dell'Azienda Sanitaria	pag.	6
Art. 13	Rappresentanza nella seduta di esame	pag.	6
Art. 14	Report di esame finale OSS e OSS FC	pag.	6
Art. 15	Debriefing coi Rappresentanti	pag.	7
Art. 16	Valutazione periodica della performance del Rappresentante OPI Corsi OSS e OSS FC	pag.	7
Allegati		pag.	8





Art. 1 – Funzione della CAI di rappresentanza esponenziale

Le Linee di Indirizzo della FNOPI attribuiscono alla Commissione di Albo Infermieri (CAI) e alla Commissione di Albo Infermieri Pediatrici (CAIP) la funzione di rappresentanza esponenziale (art. 3, comma 2, lettera b), in base alla quale la CAI/CAIP organizza la designazione dei Rappresentanti OPI da proporre al Consiglio Direttivo.

Stante la regolamentazione regionale per la formazione professionale, le Linee di Indirizzo della FNOPI non menzionano esplicitamente la designazione dei Rappresentanti OPI presso gli esami finali dei Corsi per Operatori Socio Sanitari (OSS) e Operatori Socio Sanitari con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria (OSS FC), ma in Regione Toscana tali percorsi sono affidati alle Aziende Sanitarie e agli Istituti Superiori di formazione professionale a indirizzo socio-sanitario, con un esame finale di qualificazione che prevede la rappresentanza sia di un esperto infermiere che di un esperto sociale. Essendo peraltro attribuita alla CAI/CAIP la rappresentanza esponenziale (art. 3, comma 2, lettera b), la designazione viene attribuita alle medesime, con percorso parallelo a quello della designazione di altre rappresentanze.

La definizione di un Elenco di Rappresentanti OPI per gli esami finali dei Corsi OSS e OSS FC ha lo scopo di organizzare un processo di qualità, che permetta alla CAI/CAIP di declinare le sue funzioni, quale braccio operativo del Consiglio Direttivo. Infatti, tutti i soggetti operanti in OPI, sia perché eletti dagli iscritti, sia perché appartenenti a un Ente sussidiario dello Stato, devono operare secondo i principi di *accountability*, *trasparenza*, *tracciabilità*: da ciò consegue l'organizzazione di un processo di designazione organizzata e la gestione della rete di Rappresentanti che verrà così a crearsi.

Art. 2 - Istituzione di un Elenco per la designazione di Rappresentanti presso Commissioni Esame finale dei Corsi OSS e OSS FC

All'inizio del mandato del Consiglio Direttivo, l'Ordine Interprovinciale di Firenze – Pistoia emana un avviso dedicato al reclutamento di iscritti che siano disponibili a rappresentarlo presso le Commissioni di Esame finale dei Corsi OSS e OSS FC. L'Elenco che verrà così costituito sarà valido per il quadriennio del mandato OPI, salvo la necessità di integrarlo per carenze e/o dimissioni.

Art. 3 - Diffusione dell'Avviso

L'Avviso verrà pubblicato sul portale di OPI Firenze-Pistoia per almeno 21 giorni (**Allegato 1**). La diffusione dell'Avviso sarà veicolata anche dai social in uso presso OPI, in modo da garantire la massima informazione e quindi accessibilità agli iscritti.





Art. 4 - Requisiti per la presentazione della candidatura

Alla data di presentazione della domanda, il candidato dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere iscritto all'Albo di OPI Firenze-Pistoia
- essere in possesso della Laurea in Infermieristica/Infermieristica Pediatrica o di titolo equipollente o aver conseguito il Diploma di Laurea in Infermieristica//Infermieristica Pediatrica in Italia
- avere un'esperienza professionale di almeno 2 anni in qualità di Infermiere.
- essere in servizio attivo, ovvero esercitare in qualità di dipendente pubblico o privato o come libero professionista in qualità di infermiere.

I Consiglieri di OPI, essendo d'ufficio tenuti alla rappresentanza dell'Ordine, non dovranno presentare domanda e saranno inclusi nell'Elenco sulla base della loro disponibilità a ricoprire tale rappresentanza.

Non saranno accettate domande da parte di coloro che siano già presenti di altri Elenchi di Rappresentanza dell'Ordine di Firenze – Pistoia.

Eventuali domande di iscritti che siano Formatori dei Corsi per OSS e OSS FC potranno essere accettate con la condizione che, in caso di classificazione utile, la nomina potrà avvenire solo per un'Azienda diversa da quella di appartenenza.

Art. 5 - Presentazione della candidatura

La domanda dovrà essere redatta e presentata su apposito format (**Allegato 1**), con allegato il CV in formato europeo (**Allegato 1**), da inviarsi tramite PEC a OPI (firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it).

Art. 6 – Valutazione delle domande pervenute

La valutazione delle domande sarà effettuata da una Commissione appositamente costituita, composta da Presidente e Segretario CAI/ Presidente CAIP, un Consigliere nominato dal Consiglio Direttivo. I lavori della Commissione saranno verbalizzati e ogni domanda sarà valutata tramite check list (**Allegato 1**), evidenziando eventuali non conformità e casi di esclusione. Al termine sarà redatto, unitamente al verbale, il Report degli ammessi all'Elenco (**Allegato 1**), parte integrante del verbale, da sottoporre al Consiglio Direttivo per l'approvazione. Considerato il numero di Commissioni per gli esami di OSS e OSS FC per i quali viene richiesta ogni anno la nomina, l'Elenco sarà costituito da tutti i Consiglieri che aderiranno e da n. 10 Rappresentanti esterni, individuati con apposito avviso e conseguente graduatoria per definire l'inclusione nell'Elenco.

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com





Art. 7 – Costituzione dell’Elenco dei Rappresentanti OPI per l’Esame Finale Corsi OSS e OSS FC

Dopo che il Consiglio Direttivo avrà formalizzato l’Elenco, sarà data comunicazione ufficiale a ogni candidato della propria inclusione/esclusione all’Elenco, nonché, per gli ammessi, dei passaggi successivi alla nomina: la Segreteria OPI invierà una e-mail mirata all’indirizzo PEC risultante dall’Albo e dalla domanda presentata dal professionista. Tale comunicazione conterrà anche la descrizione dettagliata degli impegni che il Rappresentante assume entrando nell’Elenco: per tale motivo sarà richiesta la sottoscrizione e il reinvio alla Segreteria OPI della dichiarazione mirata (**Allegato 2**).

Gli impegni a cui si chiede di aderire sono i seguenti:

- partecipazione obbligatoria all’aggiornamento annuale dedicato. Sulla base della effettiva partecipazione all’aggiornamento di cui sopra, saranno individuati i soggetti da designare;
- puntuale dichiarazione dell’assenza di conflitto di interesse preliminare a ogni designazione;
- assenza di eventi critici nello svolgimento del proprio ruolo di Rappresentante OPI;
- puntuale compilazione e invio alla CAI/CAIP del Report di esame;
- attiva partecipazione alle iniziative istituzionali organizzate da OPI.

Art. 8 – Richiesta di designazione da parte dell’Azienda USL o Azienda Ospedaliera-Universitaria di Area Vasta Centro

In relazione ad ogni sessione di esame finale dei Corsi OSS / OSS FC perviene domanda di designazione per l’esame finale da parte dell’Azienda sanitaria presso cui è organizzato il Corso stesso, da trasferirsi da parte della Segreteria OPI al Presidente del CD e alla Presidente della CAI. Al fine di formulare la comunicazione dei designati (titolare e supplente), il Presidente della CAI contatterà i componenti dell’Elenco/Consiglieri di OPI secondo il criterio della rotazione: un apposito Report (**Allegato 3**) renderà sulla performance del singolo rappresentante, in modo da monitorare designazioni eque e bilanciate.

Art. 9 – Orientamento alla sessione di esame

I Rappresentanti dell’Elenco e i Consiglieri/Commissari che hanno indicato la propria disponibilità saranno annualmente tenuti a partecipare a un incontro di formazione/orientamento, organizzato in almeno due edizioni, al fine del mantenimento dell’informazione e della omogeneità. La partecipazione a questo incontro è da ritenersi obbligatoria e i soggetti designati verranno individuati tra i frequentanti tale formazione annuale. Nel corso del primo di questi incontri ogni Rappresentante sarà dotato di layard e badge di riconoscimento del suo ruolo/appartenenza, da indossare in sede di esame.

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com



Art. 10 – Proposta di designazione della CAI al CD

La CAI individuerà le specifiche designazioni per ogni Commissione e ne darà proposta al Consiglio Direttivo, in tempi utili alla comunicazione all'Azienda Sanitaria, ovvero nel primo Consiglio Direttivo utile rispetto alla scadenza. La proposta sarà formulata e presentata alla Segreteria per l'inserimento all'odg. Una volta nominati i Rappresentanti dal Consiglio Direttivo, la Segreteria darà comunicazione formale alla Azienda Sanitaria richiedente, che provvederà a verificare l'eventuale conflitto di interesse verso gli studenti, inviando ad ogni Titolare e Supplente i nominativi degli studenti e l'apposito modulo di dichiarazione della propria Azienda.

Art. 11 – Designazione per il singolo Rappresentante

La Segreteria OPI darà comunicazione con apposita e-mail ai Rappresentanti designati (Titolare e Supplente), in modo che questi possa in tempi utili richiedere l'autorizzazione per la prestazione extra-impiego se dipendente pubblico/privato, allegando a tale richiesta la nomina di OPI. Unitamente a tale designazione verrà inviato il link per il Report relativo alla seduta di esame e una copia del Report cartaceo da utilizzare in sede di esame (**Allegato 4**).

Art. 12 – Incarico dell'Azienda Sanitaria

Alla designazione di OPI FI-PT farà seguito l'incarico formale che l'Azienda Sanitaria conferirà ai soggetti nominati dall'Ordine (Titolare e Supplente), nel quale sarà specificato il calendario dei lavori della singola Commissione e le relative sedi. La presenza del Rappresentante è obbligatoria per tutta la durata dei lavori, della Commissione, pena la sospensione dei lavori della Commissione stessa. In caso di impedimento del Titolare a ridosso dell'inizio dei lavori della Commissione, sarà il medesimo stesso a dover contattare prontamente il relativo Supplente per gli accordi del caso.

Art. 13 – Rappresentanza nella seduta di esame

Nel corso dell'intera seduta di esame, il Rappresentante indosserà il layard con portabadge, così da rendersi riconoscibile nel suo ruolo da tutti i soggetti. Il Rappresentante eserciterà il suo mandato di Commissario con pari dignità e potere di valutazione rispetto agli altri componenti, esprimendo la propria valutazione. Nel corso della seduta ogni Rappresentante provvederà a raccogliere i dati necessari alla compilazione del Report di esame.

Art. 14 – Report di esame finale

I Rappresentanti designati riceveranno il link per la compilazione on line del Report di esame finale (**Allegato 4**). Tale Report dovrà pervenire alla Segreteria OPI entro e non oltre 7 gg dal termine della seduta di esame, in modo da permettere l'elaborazione complessiva dei dati di monitoraggio, da

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com





trasmettere a:

- tutti i Rappresentanti OPI stessi
- CAI/CAIP e Consiglio Direttivo
- Regione Toscana – Formazione Professionale
- Direttori delle sedi di Corsi OSS/OSS FC

Art. 15 – Debriefing coi Rappresentanti

A partire dai dati emersi dai Report, rielaborati dalla CAI, saranno focalizzate le azioni di miglioramento da intraprendere per la successiva sessione di esame, con la guida della CAI.

Art. 16 – Valutazione periodica della performance del Rappresentante OPI nei Corsi OSS

La CAI provvederà a valutare la performance di ogni Rappresentante OPI al termine di ogni anno solare, secondo i seguenti criteri:

- regolare frequenza alla formazione annuale dedicata
- assenza di eventi critici a carico del Rappr.te
- regolare e puntuale consegna della documentazione (es. Report ed eventuali eventi critici)
- attiva partecipazione alle iniziative istituzionali organizzate da OPI (es. Assemblea dell'Ordine).

Gli esiti di tale valutazione saranno riportati sul Report apposito (**Allegato 3**), e in base alla conformità ai criteri previsti si procederà alle successive designazioni.

In caso di assenza prolungata, il Presidente della CAI provvederà a consultare l'interessato, verificando impedimenti temporanei o duraturi: in quest'ultimo caso verrà invitato a valutare le proprie dimissioni. L'interruzione del lavoro per maternità dà luogo alla sospensione della designazione per la durata dell'astensione da lavoro stesso. Analogamente in caso di malattia di lunga durata.

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com



**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. ... infermieri da inserire nell'Elenco dei Rappresentanti OPI nell'esame di qualificazione per Operatore Socio Sanitari (OSS) e per Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria (OSS FC).

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:

- essere iscritto all'Albo di OPI Firenze-Pistoia
- essere in possesso della Laurea in Infermieristica/Infermieristica Pediatrica o di titolo equipollente o aver conseguito il Diploma di Laurea in Infermieristica//Infermieristica Pediatrica in Italia
- avere un'esperienza professionale di almeno 2 anni in qualità di Infermiere.
- essere in servizio attivo, ovvero esercitare in qualità di dipendente pubblico o privato o come libero professionista in qualità di infermiere.

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 sulla base del format allegato, dovrà essere indirizzata per mezzo di PEC all'indirizzo firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it entro e non oltre il giorno _____, allegando il CV aggiornato e firmato, redatto secondo il modello Europass allegato.

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 per l'esame di Diploma di Laurea in Infermieristica dell'OPI Firenze-Pistoia.

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,
DICHARA**

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/Infermieristica Pediatrica il presso l'Università degli Studi di _____ o titolo equipollente nell'anno _____ presso _____
- di non aver riportato condanne penali
- di non avere procedimenti disciplinari ordinistici in corso da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e di non aver riportato sanzioni.

Data _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/28.12.2000

Il/La sottoscritto/a
 nato/a a
 il
 residente a

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che, ai sensi dell'art. 13, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'amministrazione in apposita sezione di Amministrazione Trasparente, sotto la propria responsabilità

**dichiara
 ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000**

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	
Indirizzo	
Telefono	
e-mail	
PEC	

Nazionalità	
-------------	--

Data di nascita	
-----------------	--

Numero iscrizione Albo OPI Firenze-Pistoia	
--	--

TITOLI di STUDIO / QUALIFICAZIONE PROF.LE

• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	
• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	
• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	

• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	
• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	
• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	
• Data	
• Titolo	
• Ente erogatore	
• Voto o giudizio riportato	

ESPERIENZE PROF.LI

• Date	dal al
• Datore di lavoro	
• Inquadramento prof.le	
• Principali mansioni e responsabilità	
• Date	dal al
• Datore di lavoro	
• Inquadramento prof.le	
• Principali mansioni e responsabilità	
• Date	dal al
• Datore di lavoro	
• Inquadramento prof.le	
• Principali mansioni e responsabilità	
• Date	dal al
• Datore di lavoro	
• Inquadramento prof.le	
• Principali mansioni e responsabilità	
• Date	dal al
• Datore di lavoro	
• Inquadramento prof.le	

• Principali mansioni e responsabilità	
--	--

PUBBLICAZIONI *(compilare solo se trattasi di pubblicazioni su OSS o OSS FC. Non verranno conteggiate altre pubblicazioni)*

• Data	
• Rivista o editore	
• Autori	
• Titolo	
• Tipo di pubblicazione	
• Data	
• Rivista o editore	
• Autori	
• Titolo	
• Tipo di pubblicazione	
• Data	
• Rivista o editore	
• Autori	
• Titolo	
• Tipo di pubblicazione	
• Data	
• Rivista o editore	
• Autori	
• Titolo	
• Tipo di pubblicazione	

DOCENZE *(compilare solo se trattasi di docenze per Corsi OSS o OSS FC. Non verranno conteggiate altre docenze)*

• Anno didattico	
• Sede Corso Oss/Oss FC	
• Unità Didattica	
• Ore docenza svolte	
• Anno didattico	
• Sede Corso Oss/Oss FC	
• Unità Didattica	
• Ore docenza svolte	
• Anno didattico	
• Sede Corso Oss/Oss FC	
• Unità Didattica	
• Ore docenza svolte	

• Anno didattico	
• Sede Corso Oss/Oss FC	
• Unità Didattica	
• Ore docenza svolte	
• Anno didattico	
• Sede Corso Oss/Oss FC	
• Unità Didattica	
• Ore docenza svolte	

DATA

FIRMA.....

VERBALE ELENCO RAPP.RTI OPI IN ESAMI FINALI OSS /OSS FC

Allegato 1

Il giorno alle ore si sono riuniti i Componenti della Commissione appositamente designata dal Consiglio Direttivo in data per la valutazione delle domande relative alla costituzione dell'Elenco dei Rappresentanti OPI nelle Commissioni di qualificazione per OSS / OSS FC.

Sono presenti:

- – Presidente CAI
- – Segretario CAI
- – Presidente CAIP
- – Consigliere Consiglio Direttivo OPI

Alle ore il Presidente dichiara aperta la seduta.

La Commissione definisce quindi i criteri di valutazione, individuandoli e riportandoli per chiarezza e tracciabilità nella scheda di sintesi della valutazione di ogni candidato:

			PUNTEGGIO IND.LE
ANNI DI SERVIZIO INFERMIERE	1 / ANNO Verranno valutate frazioni ma non inferiori a 6 mesi -> 0,50	Max 10	
ANNI DI SERVIZIO OSS	0,50 / ANNO Verranno valutate frazioni ma non inferiori a 6 mesi -> 0,25	Max 5	
DOCENZE	Verranno valutate solo quelle svolte nei Corsi Oss / Oss FC 0,25 / unità didattica / anno formativo	Max 10	
PUBBLICAZIONI	0,15 / articolo 0,25 co-autore di un volume 0,50 volume come unico autore	Max 10	
QUALIFICA DI OSS / OSS FC	OSS 0,50 OSS FC 0,50	Max 1	
		Totale	
TITOLI PROFESSIONALI	Verranno valutati solo in caso di parità tra due o più candidati		

Le schede di sintesi della valutazione di ogni candidato costituiscono parte integrante del presente verbale.

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com





Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

OPI

Alla luce delle valutazioni conseguite, si dichiarano idonei i seguenti candidati, da includere nell'Elenco

.....

La Commissione conclude i suoi lavori alle ore

Firenze,

Il Presidente CAI

Dott./Dr.ssa _____

Il Segretario CAI

Dott./Dr.ssa _____

Il Presidente CAIP

Dott./Dr.ssa _____

Il Consigliere

Dott./Dr.ssa _____

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com





CANDIDATO/A

MATR. ALBO

			PUNTEGGIO IND.LE
ANNI DI SERVIZIO INFERMIERE	1 / ANNO Verranno valutate frazioni ma non inferiori a 6 mesi -> 0,50	Max 10	
ANNI DI SERVIZIO OSS	0,50 / ANNO Verranno valutate frazioni ma non inferiori a 6 mesi -> 0,25	Max 5	
DOCENZE	Verranno valutate solo quelle svolte nei Corsi Oss / Oss FC 0,25 / unità didattica / anno formativo	Max 10	
PUBBLICAZIONI	0,15 / articolo 0,25 co-autore di un volume 0,50 volume come unico autore	Max 10	
QUALIFICA DI OSS / OSS FC	OSS 0,50 OSS FC 0,50	Max 1	
TITOLI PROFESSIONALI	Verranno valutati solo in caso di parità tra due o più candidati		

Il Segretario Commissione di Albo
Dott./Dr.ssa

Il Presidente Commissione di Albo
Dott./Dr.ssa

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com





Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

OPI

Prot.

Gent.mo/a,

con la presente abbiamo il piacere di comunicarle la sua inclusione nell'Elenco dei Rappresentanti OPI nell'esame finale dei Corsi OSS. Tale Elenco sarà in vigore fino al 31.12.2024.

La sua partecipazione all'Elenco comporta una serie di impegni, indicati nell'Avviso stesso, che qui le riportiamo:

L'incarico comporta non solo la partecipazione alla seduta di esame per la quale si è nominati, ma in parallelo la partecipazione:

- partecipazione obbligatoria all'aggiornamento annuale dedicato. Sulla base della effettiva partecipazione all'aggiornamento di cui sopra, saranno individuati i soggetti da designare;
- puntuale dichiarazione dell'assenza di conflitto di interesse preliminare a ogni designazione;
- assenza di eventi critici nello svolgimento del proprio ruolo di Rappresentante OPI;
- puntuale compilazione e invio alla CAI/CAIP del Report di esame;
- attiva partecipazione alle iniziative istituzionali organizzate da OPI.

Tutte queste attività hanno carattere di obbligatorietà per il singolo nominato nell'Elenco.

Ogni anno sarà svolta una valutazione dell'attività svolta dal singolo Rappresentante, con l'evidenziazione di eventuali non conformità/criticità.

La sua sottoscrizione e restituzione alla Segreteria OPI di questa comunicazione comporta l'adesione formale a questi impegni.

Nel primo incontro le verranno consegnati: layard OPI, badge OPI, di cui le raccomandiamo di aver cura per l'intera vigenza dell'Elenco, salvo nuove versioni dei documenti.

Cordiali saluti.

Il Presidente della Commissione di Albo
Dott.ssa Laura D'Addio

Per sottoscrizione:

Data

FIRMA

Autorizzo la diffusione del mio numero di cellulare e del mio indirizzo e-mail privato alle Aziende Sanitarie titolari dei corsi OSS per l'organizzazione della sessione di esame.

Data

FIRMA

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifpt.it

www.opifpt.com





All. 2

Firenze,

Prot.

Al dott./dott.ssa

Oggetto: Designazione Rappresentante OPI Interprovinciale Firenze - Pistoia per l'espletamento dell'Esame finale del Corso OSS /OSS FC

Gent.mi,
inviamo qui di seguito le nostre nomine come da Vs protocollo

Commissione

Titolare	Supplente
1	1

Le precisiamo che:

- a questa nostra designazione farà seguito l'incarico formale da parte dell'Azienda presso cui si svolgerà l'esame, che provvederà a inviarle la documentazione prevista per l'espletamento dell'incarico e la liquidazione del compenso;
- per ogni Commissione la presenza del Rappresentante OPI è indispensabile per l'avvio e per tutta la durata dei lavori della Commissione. In caso di impedimento a partecipare, lei dovrà tempestivamente avvisare il relativo Rappresentante supplente;
- la sua partecipazione alla Commissione di esame in qualità di Rappresentante OPI costituisce una prestazione extra-impiego: se dipendente, dovrà provvedere a richiedere l'autorizzazione al suo datore di lavoro;
- è necessario che lei compili il Report di Esame on line entro e non oltre 1 settimana dalla conclusione dei lavori della Commissione.

Per informazioni può contattare la Segreteria dell'Ordine: 055/359866 o scrivere alla casella di posta elettronica protocollo@opifipt.it.

Ringraziandola della collaborazione, cordiali saluti.

Il Presidente
Dott. David Nucci

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com



OSS – ESAME FINALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 DPR 28.12.2000, N. 445)

Io sottoscritto/a
nato/a il
residente a in V/P.....

consapevole delle sanzioni penali e civili previste in caso di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, dichiaro quanto segue:

- di **NON essere attualmente Formatore** presso il Corso OSS
- di **essere attualmente Formatore** presso il Corso OSS di sede di

- di **NON essere attualmente Docente** presso il Corso OSS
- di **essere attualmente Docente** presso il Corso OSS di sede di

- di **non avere conflitti di interesse** per lo svolgimento dell'incarico di Rappresentante OPI nella Commissione di Esame finale del Corso OSS
- di **avere conflitti di interesse** per lo svolgimento dell'incarico di Rappresentante OPI nella Commissione di Esame finale del Corso OSS (*specificare*):
.....

- di **NON avere in corso procedimenti disciplinari presso OPI, neppure in fase di accertamento iniziale.**

Firenze.....

FIRMA

Il Presidente
Dott. David Nucci

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com



All. 4
REPORT RAPPRESENTANTE OPI – ESAME di QUALIFICAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO

Anno Formativo

1. SEDE DEL CORSO

Firenze IOT	Pistoia	Empoli	Firenze AOUC	Ist. Sup.ri
-------------	---------	--------	--------------	-------------

2. DATI RELATIVI ALLA COMMISSIONE

2.1 Nel corso delle prove di esame:

	SI	IN PARTE	NO
Il Presidente ha illustrato le modalità di esame			
La Commissione ha messo ogni studente a proprio agio			
Eventuali situazioni critiche degli studenti sono state valutate collegialmente, anche con l'espressione del Rappresentante OPI			
La valutazione finale per ognuna delle due prove è stata definita collegialmente, anche con l'espressione del Rappresentate OPI			
Tutti i Commissari hanno partecipato attivamente e puntualmente ad ognunadelle prove			

2.2 Eventuali osservazioni:

.....

.....

.....

.....

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com





3. DATI RELATIVI AI CANDIDATI

n° studenti ammessi all'esame	n° studenti qualificati	n° studenti respinti*

*in caso di studente/i respinto/i specificarne i motivi:

.....
.....
.....

4. SVOLGIMENTO DELLE PROVE

4.1 Indicare per ogni caso assistenziale estratto i seguenti dati:

Gruppo	Setting del caso	Prestazione assistenziale
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		





4.2 Valutazione dell'appropriatezza e pertinenza delle prove di esame:

	SI	IN PARTE	NO
I casi hanno descritto reali scenari assistenziali in cui è inserito l'OSS			
I casi sono stati incentrati sulle effettive funzioni e responsabilità dell'OSS			
I casi hanno messo in luce responsabilità e competenze nell'OSS nella collaborazione con Infermiere e Assistente Sociale			
La prestazione che è stata oggetto della prova pratica è effettivamente attribuibile all'OSS			

4.3. Aspetti positivi riscontrati nella gestione delle prove di esame:

.....
.....
.....

4.4 Eventuali criticità nello svolgimento delle prove di esame

.....
.....
.....

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE!



**REPORT RAPPRESENTANTE OPI –
ESAME di QUALIFICAZIONE PER OPERATORE
SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE
COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA**

Anno Formativo

**1. SEDE DEL CORSO
FIRENZE AOUC**

2. DATI RELATIVI ALLA COMMISSIONE

2.1 Nel corso delle prove di esame:

	SI	IN PARTE	NO
Il Presidente ha illustrato le modalità di esame			
La Commissione ha messo ogni studente a proprio agio			
Eventuali situazioni critiche degli studenti sono state valutate collegialmente, anche con l'espressione del Rappresentante OPI			
La valutazione finale per ognuna delle due prove è stata definita collegialmente, anche con l'espressione del Rappresentante OPI			
Tutti i Commissari hanno partecipato attivamente e puntualmente ad ognuna delle prove			

2.2 Eventuali osservazioni:

.....
.....
.....
.....



OPI

Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

3. DATI RELATIVI AI CANDIDATI

n° studenti ammessi all'esame	n° studenti qualificati	n° studenti respinti*

*in caso di studente/i respinto/i specificarne i motivi:

.....
.....
.....

4. SVOLGIMENTO DELLE PROVE

4.1 Indicare per ogni caso assistenziale estratto i seguenti dati:

Gruppo	Setting del caso	Prestazione assistenziale
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze

Tel. 055359866 – Fax 055355648

Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia

Tel. 0573359061 – Fax 0573506702

Codice Fiscale: 94270640488

PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it

EMAIL: protocollo@opifipt.it

www.opifipt.com





Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia

4.2 Valutazione dell'appropriatezza e pertinenza delle prove di esame:

	SI	IN PARTE	NO
I casi hanno descritto reali scenari assistenziali in cui è inseribile l'OSS FC			
I casi sono stati incentrati sulle effettive funzioni e responsabilità dell'OSS FC			
I casi hanno messo in luce responsabilità e competenze nell'OSS nella collaborazione con Infermiere/Assistente Sociale/Ostetrica			
La prestazione che è stata oggetto della prova pratica è effettivamente attribuibile all'OSS FC			

4.3. Aspetti positivi riscontrati nella gestione delle prove di esame:

.....
.....
.....

4.4 Eventuali criticità nello svolgimento delle prove di esame

.....
.....
.....

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE!

*Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifpt.it
www.opifpt.com*

