

Corso qualificante I Livello

OPERATORE SOCIO SANITARIO - O.S.S.

Codice Corso OSS_MC_2019 - Cod. SIFORM2: 1002834

Per iscriversi al corso di Operatore Socio Sanitario è necessario:

1. compilare **modulo di iscrizione** sottostante ai fini amministrativi;
2. compilare **domanda di partecipazione** allegata alla presente al fine del rilascio degli attestati di frequenza e/o abilitazione e/o qualifica firmandolo in tutte le sue parti;
3. allegare un **documento di identità** in corso di validità;
4. compilare **allegato 4** per eventuali riconoscimenti di crediti formativi per conseguire la qualifica di OSS;
5. compilare il **c.v.** esclusivamente secondo l'Allegato 16 di seguito riportato (può essere compilato anche a mano con particolare attenzione alla firma da apporre);
6. allegare **certificato di idoneità psico-fisica** all'esercizio delle funzioni dell'O.S.S. rilasciato dalla competente struttura sanitaria.
7. consegnare tutto in **originale** alla sede legale del C.S.F. snc sita in Viale America, n.9/B - Magliano di Tenna (FM).

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome: _____

Professione: _____

tel./Cell: _____ / _____ fax: _____ / _____

e-mail: _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale/Nominativo: _____

Indirizzo: _____ cap: _____ città': _____ Prov: _____

Part. IVA: _____ C.F. _____

Costo del corso
(Rateizzabile)

€ 2.500,00
(esente IVA)

Ai discenti saranno riservate le seguenti offerte:
 - **sconto del 10%** sui prossimi corsi presentati dal C.S.F.;
 - **Possibilità di rateizzare il pagamento**
 - **iscrizione sul nostro portale Web** dei partecipanti ai corsi a supporto delle aziende che intendono assumere personale qualificato;
 - possibilità di concordare il calendario delle lezioni in base alle esigenze dei discenti.

MODALITA' DI PAGAMENTO Codice Corso OSS_MC_2019

Il pagamento deve essere effettuato all'atto dell'iscrizione secondo la seguente modalità:

- **Bonifico bancario** a favore di CSF snc di Ing. Ricci Paolo & C. – Centro Servizi Formativi -
 IBAN IT 45 N 08491 69450 000060161472
 Indicando nella causale il **codice del corso e nome del partecipante**
(Es.: OSS_MC_2019 , NOME E COGNOME del partecipante)

Eventuale disdetta dovrà essere comunicata via fax o mail almeno 5 giorni lavorativi antecedenti la data fissata per la prima lezione. Nessun rimborso è previsto oltre tale termine. I nominativi dei partecipanti possono comunque essere sostituiti in qualunque momento. Per cause di forza maggiore potranno essere variati sede, date e docenti dell'iniziativa. Il Centro Servizi Formativi si riserva la facoltà di annullare le iniziative a calendario qualora non si raggiungesse il numero minimo previsto di partecipanti pari a n. 5. Le quote eventualmente versate, verranno restituite o potranno essere utilizzate per partecipare ad altre iniziative. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.6.2003 n. 196, la informiamo che i Suoi dati sono conservati del data base informatico del titolare del trattamento il responsabile del trattamento è il legale rappresentante Ing. Ricci Paolo. I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra società e da soggetti terzi titolari autonomi del trattamento, solo per l'invio di materiale amministrativo-contabile. Ai sensi dell'art.7 del citato D.Lgs, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare i Suoi dati, nonché di esercitare tutti i restanti diritti ivi previsti, mediante comunicazione scritta al CSF snc. Con la sottoscrizione della presente si autorizza espressamente la nostra società ad inviare proposte formative a mezzo fax, posta o e-mail.

Luogo e Data _____ Firma _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

La/il sottoscritta/o _____

cognome e nome della/del richiedente

sexso M F

nata/o a _____ (provincia _____) il giorno _____ / _____ / _____
Comune o Stato estero di nascita sigla

residente a _____ (provincia _____)
Comune di residenza CAP sigla

via _____ n. _____

- domiciliata/o a _____ (provincia _____)
se il domicilio è diverso dalla residenza CAPsigla

via _____ n. _____

- codice fiscale _____

- cittadinanza _____

- telefono _____ / _____ cellulare _____ / _____

- indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC) _____

ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli art. 48 e 76 del D.P.R n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

i seguenti dati necessari alla partecipazione ad interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- 00 Nessun titolo
- 01 Licenza elementare/attestato di valutazione finale
- 02 Licenza media/avviamento professionale
- 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata 2 o più anni)
- 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
- 06 Diploma di tecnico superiore (IFTS)
- 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
- 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)

09 Dottore di ricerca

-di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

- 01 In cerca di prima occupazione
- 02 Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- 04 Studente
- 05 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

- in caso di condizione di: (01) in cerca di prima occupazione o (03) disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione, indicare la durata della ricerca di lavoro:

- 01 Fino a 6 mesi (<=6)
- 02 Da 6 mesi a 12 mesi
- 03 Da 12 mesi e oltre (>12)

CHIEDE

di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: _____

Soggetto attuatore: _____

Codice progetto: _____

Collaborazione nella rilevazione dei risultati ottenuti a seguito della partecipazione all'intervento

Al fine di poter valutare i risultati degli interventi realizzati nell'ambito del Programma operativo FSE Marche, così come previsto dai regolamenti europei in materia di FSE, l'Amministrazione potrebbe avere la necessità di conoscere alcune informazioni in merito alla Sua condizione sul mercato del lavoro successivamente alla conclusione dell'intervento. Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente si impegna a collaborare con l'Amministrazione fornendo le informazioni eventualmente richieste mediante questionari da compilare on line o interviste telefoniche.

La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte.

luogo

data

firma della/del richiedente

Allegare copia, chiara e leggibile, del documento d'identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/2000.

PROTEZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03 ss.mm.ii. e del Reg. (UE) 2016/679 (in seguito: "GDPR")

Il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda sarà improntato ai principi previsti dal D. Lgs. 196/03 e dal GDPR. In particolare:

- I. i dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione allo specifico procedimento amministrativo al quale fanno riferimento. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE) ai sensi dei Reg. (UE) n. 1303/2013 e n. 1304/2013 e ss.mm.ii;
- II. il titolare del trattamento è la Regione Marche – Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – Ancona;
- III. il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente DOTT.SSA GATTAFONI GRAZIELLA – *DIRIGENTE DELLA P.F. ISTRUZIONE, FORMAZIONE, ORIENTAMENTO E SERVIZI TERRITORIALI PER LA FORMAZIONE E SERVIZI PER IL MERCATO DEL LAVORO (CENTRI IMPIEGO)* I dati di contatto del Responsabile del trattamento sono: tel.: 071-8063235 ; email: graziella.gattafoni@regione.marche.it pec: regione.marche.pf_istruzione@emarche.it
- IV. il responsabile della protezione dei dati (DPO) è l'Avv. Paolo Costanzi, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. I dati di contatto del DPO sono: telefono: 071-806.1; email: rpd@regione.marche.it; pec: regione.marche.rpd@emarche.it.
- V. l'incaricato del trattamento dei dati è DOTT. ROCCHI MASSIMO.

Oltre a quanto sopra indicato si assicura che tutti i trattamenti di dati saranno improntati ai principi previsti GDPR, con particolare riguardo alla liceità, correttezza e trasparenza dei trattamenti, all'utilizzo dei dati per finalità determinate, esplicite, legittime, in modo pertinente rispetto al trattamento, rispettando i principi di minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, responsabilizzazione (ex art. 5 del Regolamento). I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del GDPR per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), per il tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

I soggetti cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del GDPR (per esempio possono chiedere al titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi; la limitazione del trattamento che li riguarda; di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati e di proporre reclamo ai sensi dell'articolo 77 del GDPR, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma, Piazza di Montecitorio n. 121.)

Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

luogo

data

firma

**LINEE GUIDA PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ALL'INTERNO DEL PERCORSO FORMATIVO
PER CONSEGUIRE LA QUALIFICA DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO"**

(Allegato 4 della D.G.R. 666 del 20/05/2008)

__l__ sottoscritto _____

nato/a il

--	--	--

 a _____

--	--

 Stato _____

(comune)

(prov.)

✓ ritengo di essere nella condizione di richiedere il riconoscimento di crediti formativi in quanto appartengo ad una delle seguenti categorie:

- IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI QUALIFICA DI "OPERATORE DEI SERVIZI SOCIALI", CONSEGUITO AL TERMINE DEL RELATIVO PERCORSO SCOLASTICO TRIENNALE;
- IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI MATURITA' PER "TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI", CONSEGUITO AL TERMINE DEL RELATIVO PERCORSO SCOLASTICO QUINQUENNALE;
- IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA DI **OTA** CONSEGUITO ATTRAVERSO UN CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE, RILASCIATO AI SENSI DEL D.M. 26 LUGLIO 1991, N. 295;
- IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA **OSA** O EQUIPARABILE CONSEGUITO ATTRAVERSO UN CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI DURATA DI ALMENO **800 ORE**, RILASCIATO AI SENSI DELLA L. 845/1978;
- IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA DI **OSA** O EQUIPARABILE CONSEGUITO ATTRAVERSO UN CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI DURATA DI ALMENO **400 ORE**, RILASCIATO AI SENSI DELLA L. 845/1978;
- IN POSSESSO DA **1 A 4 ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA** PRESSO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE;
- IN POSSESSO DA **5 A 9 ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA** PRESSO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE;
- IN POSSESSO DI **10 O PIU' ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA** PRESSO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE.
- ALTRO

- NON RITENGO di essere nella condizione di richiedere il riconoscimento di crediti formativi

ALLEGATO 16
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt.3, c.2, 46, 47, 48, D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)
CURRICULUM VITAE

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome
Indirizzo
Telefono
Fax
E-mail
Nazionalità
Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E
COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi degli **artt. 75 e 76, D.P.R. n. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'**art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003**, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Città , data

NOME E COGNOME (FIRMA)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, tramite un incaricato o a mezzo posta, all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.