

Corso qualificante I Livello OPERATORE SOCIO SANITARIO - O.S.S.

Codice Corso OSS_FM_2027 - Cod. SIFORM2: 1120607

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 (Allegato 9);
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. N. 2 fototessere
8. consegnare tutto in **originale** alla sede legale del C.S.F. Professional 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)

€ 2.600,00
(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_FM_2027**

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

Bonifico bancario a favore di CSF Professional S.r.l.

IBAN IT 45 N 08491 69450 000060161472

Indicando nella causale il **codice del corso e nome del partecipante**
(Es.: OSS_FM_2027 , 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 CSF 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 nel 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.

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome della/del richiedente

Sesso 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) CAP sigla

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 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)

DICHIARA INOLTRE

- di trovarsi nella/e seguente/i **condizione/i di vulnerabilità** (è possibile barrare una o più caselle):

- ☐ 05 Persona disabile Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale
- ☐ 06 Migrante o persona di origine straniera Persona che si trova in una delle seguenti condizioni:
Persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi), o
Persona nata all'estero e che risiede da almeno 12 mesi (o che si presume saranno almeno 12 mesi) in Italia indipendentemente dal fatto che abbia acquisito o meno la cittadinanza italiana, o
Persona con cittadinanza italiana che risiede in Italia i cui genitori sono entrambi nati all'estero
- ☐ 07 Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) Persona appartenente ad una minoranza linguistica o etnica, compresi i ROM
- ☐ 08 Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
- ☐ 09 Tossicodipendente/extossicodipendente
- ☐ 10 Detenuto/ex detenuto
- ☐ 11 Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
- ☐ 13 Altro tipo di vulnerabilità Ad esempio studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc.
- ☐ 99 Nessuna condizione di vulnerabilità

Dichiarazione da compilarsi qualora il richiedente non intenda fornire le informazioni sulla condizione di vulnerabilità
Il sottoscritto _____ non
intende fornire all'Amministrazione le informazioni relative alla condizione di vulnerabilità di cui alla presente "Domanda di iscrizione all'intervento".

luogo

data

firma

(per i minori di 18 anni firma del genitore
o di chi ne esercita la tutela)

CHIEDE

di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: O.S.S. OPERATORE SOCIO SANITARIO

Soggetto attuatore: C.S.F. PROFESSIONAL S.R.L.

Codice progetto: 1120607

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.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

La Regione Marche in conformità al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation* – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Il **Titolare del trattamento** è la Regione Marche - Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona.

I **Delegati al trattamento** sono il Dirigente della Posizione di funzione “Programmazione nazionale e comunitaria” [inserire nome e cognome del Dirigente] e il Dirigente DOTT. MAURILIO CESTARELLI – SERVIZI TERRITORIALI PER LA FORMAZIONE E SERVIZI PER IL MERCATO DEL LAVORO (CENTRI IMPIEGO FM) [inserire la denominazione della struttura che ha emanato l'Avviso pubblico di riferimento (Servizio, P.F.) più il nome e il cognome del relativo Dirigente]

Il **Responsabile della Protezione dei Dati** ha sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: rpdp@regione.marche.it.

Finalità. I dati personali sono trattati per la partecipazione all'intervento nonché per consentire alla Regione, titolare del trattamento, l'adempimento degli obblighi di monitoraggio, valutazione e controllo previsti dal Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE)n. 1304/2013 e ss.mm.ii.. 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).

La **base giuridica del trattamento** (ai sensi degli articoli 6 e 9 del Regolamento 2016/679/UE) è costituita dal I Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE)n. 1304/2013 e ss.mm.ii..

Comunicazione dei dati. I suoi dati personali potranno essere conosciuti esclusivamente dagli operatori della Regione Marche, autorizzati al trattamento, nonché dai beneficiari/attuatori individuati quali Responsabili del trattamento. I dati forniti saranno messi a disposizione dell'Autorità di Certificazione e dell'Autorità di Audit per l'adempimento degli obblighi previsti dai Regolamenti europei. Potranno, inoltre, essere resi disponibili ai Servizi della Commissione Europea, alle Amministrazioni Centrali (es. MEF-IGRUE, Anpal) e alle altre Autorità di controllo (es. Corte dei Conti, Guardia di finanza) per l'espletamento delle loro funzioni istituzionali. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

Periodo di conservazione. I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del Regolamento 2016/679/UE 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.

Diritti. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati. Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

luogo

data

firma

(per i minori di 18 anni firma del genitore
o di chi ne esercita la tutela)

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

__I__ sottoscritto _____
nato/a _____ a _____ Stato _____
il _____
(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

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.