



Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività
Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico



Regione Siciliana

Assessorato Istruzione e Formazione
Professionale Dipartimento
Formazione Professionale

ALLEGATO "A"

MODULO D'ISCRIZIONE

Il/La **Sottoscritto/a** – Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Domicilio via e n. _____ Cap. _____

Località _____ Prov. _____

Telefono _____ E-mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO DI
“Riqualificazione Operatore Socio Sanitario”

PRESSO LA SEDE DI SVOLGIMENTO:

Luogo e data _____ Firma _____

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del D. Lgs 196/03, Il/La sottoscritto/a autorizzo/a l'A.S.F.O.L. S.C.R.L. a trattare i dati riportati nella presente scheda di iscrizione per la realizzazione di tutte le sue attività istituzionali, ivi compresa le comunicazioni, l'informazione e la promozione.

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B “Condizioni generali” e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione Scheda d'Iscrizione

Luogo e data _____ Firma _____



Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività
Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico



Regione Siciliana

Assessorato Istruzione e Formazione
Professionale Dipartimento
Formazione Professionale

ALLEGATO "B"

ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

Il Percorso di riqualificazione O.S.S. (Regione siciliana – Assessorato alla Salute) è destinato ad un numero massimo di 25 soggetti occupati e/o disoccupati.

Il Corso di riqualificazione in OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) durata 420 ore Il corso avrà una durata di 420 ore di cui 180 ore di percorso formativo teorico, e 240 ore di tirocinio. Il percorso teorico si terrà presso la sede di erogazione indicata nella domanda di partecipazione.

La frequenza alle attività formative è obbligatoria. Non sono ammessi agli esami finali corsisti che abbiano riportato un numero di assenze superiori al:

- **10% delle ore del percorso formativo teorico, (max n. Ore 18)**
- **10% delle ore della fase di tirocinio, (max n. Ore 24)**

La commissione d'esame è nominata dal dirigente generale del DASOE (Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico) ed è presieduta da un dirigente o funzionario dell'Amministrazione regionale.

Il tirocinio pratico della durata di 240 ore sarà espletato presso le strutture ospedaliere del SRR pubbliche o private, e altresì presso i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie, le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), centri di riabilitazione, Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

Al termine del percorso formativo e al superamento dell'esame finale del corso di riqualificazione in OSS, l'allievo consegnerà l'attestato di qualifica di OSS - Operatore Socio Sanitario e l'iscrizione d'ufficio all'albo regionale degli Operatori socio-sanitari (Gurs 31-10-2014 Parte I n.46)

MODALITA' DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO

C) La quota di partecipazione all'intero percorso formativo è pari a **€ 1.800,00** (esente IVA) per ogni partecipante ed è comprensiva del materiale didattico di supporto.

La quota totale dovrà essere così ripartita:

- 1° acconto di € 200,00 da corrispondere al momento dell'iscrizione
- 2° acconto di € 800,00 alla data di inizio del corso
- € 800,00 saldo al termine delle attività e prima degli esami finali del corso.

I pagamenti delle quote potranno essere effettuati tramite bonifico sul conto corrente bancario intestato a: **A.S.F.O.L. S.C.R.L. codice IBAN: IT50V0617504608000013931080**, specificando nella causale tipologia del corso e nominativo partecipante quota (1°acconto, 2° acconto, saldo).

L'iscrizione si intende perfezionata al momento del ricevimento da parte della A.S.F.O.L.



Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività
Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico



Regione Siciliana

Assessorato Istruzione e Formazione
Professionale Dipartimento
Formazione Professionale

S.C.R.L. della **scheda di iscrizione** debitamente compilata e sottoscritta accompagnata da:

- ✓ Copia della ricevuta di versamento dell'acconto di € 200,00;
- ✓ Copia del titolo di studio o autocertificazione titolo di studio (Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000);
- ✓ N.2 foto formato tessera che saranno utilizzate per il tesserino del tirocinio OSS;
- ✓ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- ✓ Sottoscrizione del presente modulo "Condizioni generali" (Allegato B);
- ✓ Sottoscrizione Autorizzazione al trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'albo regionale degli Operatori socio sanitari;
- ✓ Sottoscrizione Disponibilità a svolgere il tirocinio esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio" (Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana- 31-10-2014 Parte I n.46).

La richiesta di iscrizione, così come sopra descritto potrà pervenire **a mano o a mezzo posta RACCOMANDATA** presso la sede della **A.S.F.O.L. S.C.R.L.**

- **Via CARMELO GIARRIZZO.13 PALERMO 90145;**

L'iscrizione può avvenire anche tramite posta certificata
all'indirizzo: Presidente@pec.asfol.org

Le iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili
La data di arrivo della richiesta di iscrizione, compilata e completa secondo le modalità sopra descritte, determinerà la priorità di iscrizione fino al raggiungimento dei posti disponibili.

EVENTUALI VARIAZIONI

Inizio previsto delle attività didattiche: **ottobre 2019**

L'A.S.F.O.L. S.C.R.L. si riserva sempre e comunque la facoltà di:

1. *Annullare corsi che non abbiano raggiunto un numero adeguato di partecipanti, restituendo le quote versate.*
2. *Prorogare il termine di avvio delle attività didattiche, per motivi organizzativi e logistici, qualora lo ritenga opportuno;*
3. *Iniziare il corso a seguito dell'Autorizzazione avvenuta da parte della Regione Sicilia.*
4. *Comunicare ai partecipanti la data di avvio con un anticipo di almeno 70 giorni.*
5. *Programmare nuove edizioni del corso qualora si registri un numero eccessivo di iscrizioni.*



Agenzia Siciliana per la Formazione,
l'Orientamento ed il Lavoro S.c.r.l.



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività
Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico



Regione Siciliana

Assessorato Istruzione e Formazione
Professionale Dipartimento
Formazione Professionale

IMPOSSIBILITÀ A PARTECIPARE

Per gli iscritti che, entro 5 giorni antecedenti la data di inizio del Corso, si trovassero nell'impossibilità di partecipare per legittimo impedimento o per causa di forza maggiore dovrà essere prodotta una richiesta motivata scritta accompagnata da opportuna documentazione comprovante la necessità di rinunciare alla sua partecipazione. In tal caso verranno rimborsate la quota d'acconto versata dal partecipante.

RECESSO

L'allievo ha diritto di recedere entro e non oltre 20 giorni antecedenti alla data di avvio delle attività ed in tal caso verrà restituita la quota d'acconto in sede di d'iscrizione versata. Occorre che il ritiro sia formalmente espresso tramite fax o raccomandata. Qualora la comunicazione di recesso pervenga oltre il termine sopra indicato il partecipante non avrà diritto alla restituzione delle quote fino a quel momento versate. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle norme vigenti in materia. Fermo restando l'obbligo di corrispondere quanto dovuto, il mancato pagamento delle quote successive all'acconto determinerà la sospensione dal Corso fino a regolarizzazione della posizione.

RIFERIMENTI

Per qualsiasi richiesta di informazioni rivolgersi alla A.S.F.O.L. S.C.R.L., presso le seguenti sedi:

- Via Carmelo Giarrizzo n. 13 Palermo 90145 - dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 - Tel. 091.0916717002
- Email per informazioni info@asfol.org sito web www.asfol.org

Il/La sottoscritto/a, altresì, autorizza al trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'albo regionale degli Operatori socio sanitari (GURS 31-10-2014 Parte I n.46)

Luogo e data _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara la sua disponibilità a svolgere il tirocinio OSS esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio" (GURS 31-10-2014 Parte I n.46)

Luogo e data _____ Firma _____

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.

Luogo e data _____ Firma _____