Operatore Socio Sanitario (OSS)
Corsi di riqualifica secondo il D.A. n.560 del 22.3.2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE

__l__ sottoscritto/a_____ nato/a il _____/_____/_____

a _____ (___) residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Nazionalità _____

Tel/Fax _____ Tel. cellulare _____ e-mail _____

Codice Fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| sesso_____ occupazione _____

Titolo di studio _____

Avendo ottenuto la qualifica professionale di:

(Barrare con una x la casella corrispondente)

☐ Operatore Socio Assistenziale (OSA) (denominata anche "OSA per l'infanzia", "OSA per le demenze", "OSA per l'handicap", "OSA per gli anziani");
☐ Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari – ADEST (denominata anche "Operatore Socio Assistenziale e dei Servizi Tutelari");
☐ Operatore Addetto all'Assistenza delle Persone Diversamente Abili;
☐ Operatore Tecnico dell'Assistenza – (OTA);
☐ Altro (specificare) _____

conseguita a seguito di un corso di formazione non inferiore alle 700 ore (eccezione fatta per la qualifica di Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA) il cui corso, ai sensi del D.M. n. 295 del 26 luglio 1991, ha una durata pari ha a 670 ore), richiede a codesto spett.le Ente l'iscrizione al corso di riqualificazione in Operatore Socio Assistenziale (OSS), che verrà autorizzato dalla Regione Siciliana ai sensi del D.A. 8 ottobre 2014, pubblicato sulla GURS 31 ottobre 2014 Parte I - n. 46.

A tal fine allega alla presente:

(Barrare con una x i documenti che si allegano)

☐ copia dell'attestato di qualifica professionale conseguita o certificazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (secondo il modello allegato B);
☐ allegato C – 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; e disponibilità a svolgere il tirocinio esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio"
☐ n. 2 foto formato tessera che saranno utilizzate per il tesserino del tirocinio;
☐ copia di un documento di identità in corso di validità;
☐ Condizioni generali per la partecipazione debitamente sottoscritto per accettazione;
☐ copia del versamento della quota d'iscrizione pari ad €. _____ quale acconto della quota di partecipazione complessiva.

Luogo e data _____ Firma del richiedente_____

Inoltre:
Autorizza, ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003 sul trattamento dei dati personali, l'Ente Gestore del corso, a trattare i dati riportati nel presente modulo per gli adempimenti degli obblighi di legge, nonché per i fini propri dell'attività formativa dallo stesso svolta nell'ambito della gestione amministrativa, finanziaria. I dati potranno essere trattati anche per lo svolgimento di ricerche statistiche e di marketing promosse dall'Ente Gestore e da altri Enti Pubblici coinvolti nella gestione dell'attività formativa, sia mediante elaborazione elettronica sia con modalità manuali e su supporto cartaceo. Per le stesse finalità individuate in relazione al trattamento, i dati potranno essere comunicati: al personale interno dell'Ente Gestore, a soggetti esterni in adempimento agli obblighi di legge, a soggetti esterni (professionisti, aziende, società ed enti) ai fini di possibili assunzioni. Il sottoscritto è stato informato che i dati saranno custoditi e trattati con sistemi atti a garantire la loro riservatezza e la loro sicurezza.

Luogo e data _____ Firma del richiedente_____

A.G.O. Società Cooperativa Sociale, Via Piersanti Mattarella n. 179 - 92100 Agrigento
P.iva: 01536070848; tel/fax: 092224419; e-mail: agosoc@gmail.com;
sito web: www.agocentro.it

Ente con Sistema di Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2008
ISO 9001
LL-C (Certification)
Certificato n° 390244