

Sono aperte le iscrizioni al corso di formazione professionale per

OPERATORE SOCIO SANITARIO - OSS

Finanziato da Foncoop nel piano formativo aziendale C13A110291E FACOSS e autorizzato dalla Provincia di Ancona con DD n. 1333 del 28/11/2013 - cod. prog. A/13 – 180122 di cui all'art. 10 della L.R. 16/90 – presentato in attuazione della DCS n.21 del 22/01/2013 art. 5

FINALITA' DEL CORSO E FIGURA FORMATA

Il corso è finalizzato al conseguimento della qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario prevista dalla delibera regionale n° 666 del 20/05/08 n° 1831/08 e n° 1625/09. Il corso fornisce una formazione tecnico-pratica per intervenire nelle situazioni di mancanza di autonomia dell'assistito.

DESTINATARI

25 soci e/o dipendenti COOSS MARCHE (20 posti riservati alle donne)

REQUISITI

- Diploma di scuola dell'obbligo o in alternativa assolvimento dell'obbligo scolastico
- Compimento 17esimo anno di età.
 - Soci e/o dipendenti della cooperativa COOSS MARCHE che prestano servizio presso strutture e servizi sociali a ciclo residenziale e semi-residenziale autorizzati dalla LR 20/2002 o presso servizi sociali e socio-sanitari a carattere domiciliare o presso strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate ai sensi della LR 20/2000
- soci e/o dipendenti con qualifiche contrattuali attinenti l'assistenza e la cura alla persona;

In via residuale possono essere ammessi:

- soci e/o dipendenti che prestano servizio in servizi territoriali
- soci e/o dipendenti con qualifiche contrattuali diverse dall'assistenza alla persona (ausiliari, inservienti, ecc.)

Per i cittadini extracomunitari essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e di dichiarazione di valore del titolo di studio almeno equivalente all'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e formazione.

SINTESI PROGRAMMA DIDATTICO

Il corso è strutturato in tre aree tematiche: psicologica-sociale; igienico sanitaria e tecnico operativa, in base a quanto contenuto nella DGR 666/08.

TITOLO RILASCIATO

L' Attestato di qualifica **TE 10.31 - OPERATORE SOCIO SANITARIO** valido ai sensi dell'art. 14 L.845/1978 è rilasciato previo superamento dell'esame il cui accesso è consentito a coloro che hanno frequentato almeno il 90% delle ore corso.

DURATA E MODALITA' DI SVOLGIMENTO

Durata: 1010 ore, di cui 450 ore di lezioni in aula, 100 di formazione a distanza, 450 ore di stage c/o strutture sociali e sanitarie, 10 ore di esame. Il corso si svolgerà con 3 incontri settimanali c/o le aule formative di COOSS MARCHE ONLUS in via Saffi n. 4 – Ancona

INIZIO CORSO: giugno 2014

SELEZIONE

L'ammissione al corso è subordinata al superamento di un test di cultura generale e di una prova orale, colloquio motivazionale. I candidati di nazionalità straniera dovranno altresì dimostrare la conoscenza della lingua italiana.

La selezione si terrà il giorno **6 giugno 2014 alle h. 9,00** c/o COOSS MARCHE ONLUS Via Saffi n. 4

Tale informativa vale come convocazione della prova: la mancata presenza anche per cause di forza maggiore, fa perdere ogni diritto di partecipazione al corso

PRIORITA' DI AMMISSIONE AL CORSO

1° priorità: svolgere mansioni (da contratto) attinenti al profilo socio-sanitario e assistenziali;

2° priorità: servizio presso strutture e servizi sociali a ciclo residenziale e semi-residenziale autorizzati dalla LR 20/2002 o presso servizi sociali e socio-sanitari a carattere domiciliare o presso strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate ai sensi della LR 20/2000

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di iscrizione dovranno pervenire entro il **30 maggio 2014** c/o COOSS MARCHE ONLUS Via Saffi n. 4 – 60121 Ancona. Consegna a mano o invio a mezzo raccomandata AR (fa fede il timbro postale). I documenti da presentare sono elencati nella domanda di iscrizione reperibile nella sedi operative presenti nel territorio o nel sito www.cooss.it/formazione.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

Cooss Ricerca e Formazione

Sede operativa: Via Saffi 4 - 60121 Ancona

Tel. 071 501031 - Fax 071 50103206

www.cooss.it/formazione

formazioneinfo@cooss.marche.it



Strumenti di rilevazione in ingresso agli interventi

DENOMINAZIONE INTERVENTO: **OPERATORE SOCIO SANITARIO**

SOGGETTO ATTUATORE: **COOSS MARCHE ONLUS SOC. COOP. P.A.**

CODICE PROGETTO (SIFORM) **180122**

Domanda di partecipazione (o scheda di adesione) all'intervento

1. Richiesta di partecipazione e dati anagrafici

...l... sottoscritto/a (Nome) (Cognome)

Sesso

1. M
2. F

nato/a a (Comune)

..... (Provincia) (Stato)

il / / (gg/mm/aaaa)

Codice Fiscale

fa domanda di partecipazione all'intervento (segue titolo intervento)

Al riguardo, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE STABILITE PER LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITA' (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°. 445)

dichiara:

➤ **di avere la cittadinanza (una sola risposta):**

1. Italiana
2. Di altro paese (indicare il Paese per esteso)

Nel caso si possieda una cittadinanza di un altro Paese, diverso dall'Italia, indicare da quanti anni si risiede in Italia

Nel caso si possieda una seconda cittadinanza oltre a quella italiana indicare per esteso.....

➤ **di risiedere in:**

Via/Piazza n°
Località
Comune
C.A.P. Provincia
Tel. Abitazione/..... Telefono cellulare/.....
Eventuale altro recapito telefonico/.....
E-mail

➤ **di avere il domicilio in** (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio):
 Via/Piazza n°
 Località
 Comune
 C.A.P. Provincia
 Tel. Abitazione/..... Telefono cellulare/.....
 Eventuale altro recapito telefonico/.....

➤ **di prestare servizio presso strutture e servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale**
 1. Sì
 2. No

se sì,

dal (mm/aaaa) /

➤ **di prestare servizio presso servizi sociali e socio sanitari a carattere domiciliare**
 3. Sì
 4. No

se sì,

dal (mm/aaaa) /

2. Questionario

1. Come è giunto a conoscenza dell'intervento?

(indicare una sola risposta)

1. Dalla lettura di manifesti o depliant di pubblicità dell'intervento	<input type="checkbox"/>
2. Attraverso la navigazione su internet	<input type="checkbox"/>
3. Dalla lettura della stampa quotidiana	<input type="checkbox"/>
4. Da spot radio/televisivi di pubblicità dell'intervento	<input type="checkbox"/>
5. Recandosi presso il Centro Informagiovani	<input type="checkbox"/>
6. Recandosi presso il Centro pubblico per l'impiego	<input type="checkbox"/>
7. Recandosi presso agenzie private per il lavoro (agenzie interinali, agenzia di ricerca e selezione, agenzie di intermediazione, agenzie di outplacement)	<input type="checkbox"/>
8. E' stato informato telefonicamente o per lettera dalla struttura che ha organizzato l'intervento	<input type="checkbox"/>
9. Da informazioni acquisite presso la Regione/Provincia/Comune (uffici informazioni, call center, numero verde, fiere, etc., ...)	<input type="checkbox"/>
10. Dall'Agenzia del lavoro regionale	<input type="checkbox"/>
11. Dagli insegnanti della scuola o dai docenti dell'università	<input type="checkbox"/>
12. Da amici e conoscenti	<input type="checkbox"/>
13. Da parenti	<input type="checkbox"/>
14. Dall'azienda presso cui lavora/va	<input type="checkbox"/>
15. Da sindacati e associazioni di categoria	<input type="checkbox"/>
16. Dal suo consolato/ambasciata	<input type="checkbox"/>
17. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

2. Qual è il motivo principale che l'ha spinto a prendere parte all'intervento?

(indicare una sola risposta)

1. L'intervento le sembra il naturale completamento del suo percorso d'istruzione	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

2. Ritiene non adeguate le competenze tecnico/professionali acquisite durante il suo percorso d'istruzione	<input type="checkbox"/>
3. Trovare lavoro	<input type="checkbox"/>
4. Ha del tempo libero	<input type="checkbox"/>
5. Proviene da un periodo di inattività e vuole reinserirsi nel mercato del lavoro	<input type="checkbox"/>
6. Partecipano all'attività suoi amici o conoscenti	<input type="checkbox"/>
7. Interesse personale nei confronti degli argomenti dell'attività	<input type="checkbox"/>
8. Aggiornamento/arricchimento delle proprie competenze/conoscenze	<input type="checkbox"/>
9. L'intervento (il corso) dà luogo a punteggio utile ai fini della carriera lavorativa	<input type="checkbox"/>
10. L'intervento prevede rimborsi spese/piccola borsa di studio	<input type="checkbox"/>
11. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

3. Qual è il suo titolo di studio più elevato?

1. Nessun titolo	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 7)
2. Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 7)
3. Licenza media	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
4. Diploma di qualifica di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 4a)
5. Diploma di scuola secondaria superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 4b)
6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Scuola di Interpreti e Traduttori (o Scuola per mediatori linguistici), Scuola di Archivistica, Paleografia e Diplomatica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 4c)
7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
8. Laurea triennale (nuovo ordinamento)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
9. Master post laurea triennale (o master di I livello)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
10. Laurea specialistica (biennale)/laurea vecchio ordinamento/laurea a ciclo unico	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
11. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
12. Specializzazione post laurea (specialistica, a ciclo unico, vecchio ordinamento), compresi i Corsi di perfezionamento	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)
13. Dottorato di ricerca	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 5)

4. Che tipo di diploma aveva conseguito?

4.a

Istituti professionali

1. Istituto professionale industriale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
2. Istituto professionale per l'agricoltura	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
3. Istituto professionale per programmatori	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
4. Istituto professionale per i servizi commerciali e turistici	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
5. Istituto professionale per i servizi alberghieri, ristorazione	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
6. Altro diploma professionale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)

Scuole e Istituti Magistrali

7. Scuola Magistrale, 3 anni (licenza di scuola magistrale)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
---	--------------------------	----------------------

Istituti d'Arte

8. Istituto d'arte, 3 anni (licenza di maestro d'arte)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
--	--------------------------	----------------------

4.b

Istituti professionali

1. Istituto professionale industriale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
2. Istituto professionale per l'agricoltura	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
3. Istituto professionale per programmatori	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
4. Istituto professionale per i servizi commerciali e turistici	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
5. Istituto professionale per i servizi alberghieri, ristorazione	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
6. Altro diploma professionale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)

Istituti tecnici

7. Maturità tecnica per geometri	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
8. Maturità tecnica industriale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
9. Maturità tecnica commerciale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
10. Maturità tecnica per l'informatica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
11. Altra maturità tecnica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)

Licei

12. Maturità classica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
13. Maturità scientifica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
14. Maturità linguistica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
15. Maturità artistica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)

Scuole e Istituti Magistrali

16. Maturità istituto magistrale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
----------------------------------	--------------------------	----------------------

Istituti d'Arte

17. Diploma di maestro d'arte o diploma d'arte applicata	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
--	--------------------------	----------------------

4.c

1. Accademia di belle Arti	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
2. Istituto superiore di industrie artistiche	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
3. Accademia di arte drammatica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
4. Perfezionamento del conservatorio musicale	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
5. Perfezionamento dell'Istituto di musica pareggiato	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
6. Perfezionamento accademia di danza	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
7. Scuola superiore per interprete e traduttore	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)
8. Scuola di archivista, paleografia e diplomatica	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 6)

5. Può indicare a quale gruppo di disciplina afferiva la Sua laurea o diploma universitario?

1. Gruppo scientifico	<input type="checkbox"/>
2. Gruppo chimico-farmaceutico	<input type="checkbox"/>
3. Gruppo geo-biologico	<input type="checkbox"/>
4. Gruppo medico	<input type="checkbox"/>
5. Gruppo ingegneria	<input type="checkbox"/>
6. Gruppo architettura	<input type="checkbox"/>
7. Gruppo agrario	<input type="checkbox"/>
8. Gruppo economico-statistico	<input type="checkbox"/>
9. Gruppo politico-sociale	<input type="checkbox"/>
10. Gruppo giuridico	<input type="checkbox"/>

11. Gruppo letterario	<input type="checkbox"/>
12. Gruppo linguistico	<input type="checkbox"/>
13. Gruppo insegnamento	<input type="checkbox"/>
14. Gruppo psicologico	<input type="checkbox"/>
15. Gruppo educazione fisica	<input type="checkbox"/>

6. Ricorda il voto finale?

_____ (voto) Non ricorda

nel caso di voto espresso con un giudizio attenersi alla seguenti codifiche:

Sufficiente	=6
Discreto	=7
Buono	=8
Distinto	=9
Ottimo/Eccellente	=10

7. Ricorda l'anno di conseguimento del titolo?

1. Sì ➤ Anno (specificare)	<input type="checkbox"/> _ _ _ _
2. Non ricorda	<input type="checkbox"/>

8. Durante la sua carriera scolastica, ha mai ripetuto un anno scolastico?

1. Sì	<input type="checkbox"/>
2. No	<input type="checkbox"/>

9. Oltre al titolo precedente possiede qualcuno dei seguenti titoli?

(possibili più risposte)

1. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato per il diritto dovere	<input type="checkbox"/>
2. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato professionalizzante	<input type="checkbox"/>
3. Certificato di Tecnico superiore (IFTS)	<input type="checkbox"/>
4. Diploma di specializzazione	<input type="checkbox"/>
5. Abilitazione professionale	<input type="checkbox"/>
6. Patente di mestiere	<input type="checkbox"/>
7. "Operatore dei servizi sociali" conseguito al termine del relativo percorso scolastico triennale	<input type="checkbox"/>
8. "Tecnico dei servizi sociali" conseguito al termine del relativo percorso scolastico quinquennale	<input type="checkbox"/>
9. "OTA" conseguita attraverso un corso di formazione professionale rilasciata ai sensi del D.M: 26 luglio 1991 n. 295	<input type="checkbox"/>
10. "OSA", "ADEST" o equivalente conseguita attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 800 ore, rilasciata ai sensi della L.845/1978	<input type="checkbox"/>
11. "OSA", "ADEST" o equivalente conseguita attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 400 ore, rilasciata ai sensi della L.845/1978	<input type="checkbox"/>
12. Nessuno dei precedenti	<input type="checkbox"/>
13. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

10. Qual è la Sua attuale condizione occupazionale prevalente? Ovvero lei si considera
(indicare una sola risposta)

1. In cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/>	
2. Occupato (compreso chi è in CIG)	<input type="checkbox"/>	(andare a domanda 11)
3. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (compreso chi è iscritto alle liste di mobilità)	<input type="checkbox"/>	
4. Studente	<input type="checkbox"/>	
5. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio civile, in altra condizione)	<input type="checkbox"/>	

11. Di che tipo di lavoro si tratta?

Riferirsi all'attività prevalente se si svolgono più attività

1. Alle dipendenze	<input type="checkbox"/>
2. Autonomo	<input type="checkbox"/>

12. Che tipo di contratto ha?

(modalità di risposta come da nota 27 del protocollo di colloquio del monitoraggio unitario 2007 – 2013)

1. Tempo indeterminato (<i>tipico o standard</i>)	<input type="checkbox"/>
2. Tempo determinato a carattere non stagionale (<i>tipico o standard</i>)	<input type="checkbox"/>
3. Tempo determinato a carattere stagionale (<i>tipico o standard</i>)	<input type="checkbox"/>
4. Formazione e lavoro (<i>solo per la pubblica amministrazione</i>)	<input type="checkbox"/>
5. Inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>
6. Apprendistato ex art.16 L.196/97	<input type="checkbox"/>
7. Apprendistato per l'espletamento del diritto dovere di istruzione e formazione	<input type="checkbox"/>
8. Apprendistato professionalizzante	<input type="checkbox"/>
9. Apprendistato per l'acquisizione di diploma o per percorsi di alta formazione	<input type="checkbox"/>
10. Collaborazione coordinata e continuativa	<input type="checkbox"/>
11. Lavoro a progetto	<input type="checkbox"/>
12. Collaborazione occasionale	<input type="checkbox"/>
13. Associazione in partecipazione a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
14. Associazione in partecipazione a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
15. Lavoro interinale (o a scopo di somministrazione) a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
16. Lavoro interinale (o a scopo di somministrazione) a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
17. Lavoro intermittente a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
18. Lavoro intermittente a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
19. Agenzia a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
20. Agenzia a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
21. Lavoro ripartito a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
22. Lavoro ripartito a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
23. Lavoro a domicilio a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>
24. Lavoro a domicilio a tempo determinato	<input type="checkbox"/>
25. Lavoro o attività socialmente utile (LSU/ASU)	<input type="checkbox"/>
26. Nessun contratto perché lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>
27. Nessun contratto perché coadiuvante in un'impresa familiare	<input type="checkbox"/>
28. Nessun contratto ma solo un accordo informale con il datore di lavoro	<input type="checkbox"/>
29. Sta svolgendo un tirocinio/stage/praticantato	<input type="checkbox"/>
30. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

13. Svolge il suo lavoro:

1. A tempo pieno (full-time)	<input type="checkbox"/>
2. A tempo parziale (part-time)	<input type="checkbox"/>

14. Presso un'impresa o un ente

1. Privato	<input type="checkbox"/>
2. Pubblico	<input type="checkbox"/>
3. Afferente alla Pubblica amministrazione	<input type="checkbox"/>

15. Denominazione

16. Partita Iva | | | | | | | | | | | | | | | |

17. Codice fiscale (laddove differente dalla partita Iva) | | | | | | | | | | | | | | | |

18. Sede unità produttiva

Via/Piazza n°

Località

Comune

C.A.P. Provincia

19. Dimensione d'impresa (classe numero di addetti)

1. 1 - 9	<input type="checkbox"/>
2. 10 - 49	<input type="checkbox"/>
3. 50 - 249	<input type="checkbox"/>
4. 250 - 499	<input type="checkbox"/>
5. oltre 500	<input type="checkbox"/>

20. Qual è il settore di attività economica in cui opera?

(per modalità di risposta vedere l'allegato 3 – Codice Istat/Ateco 2007)

| | | | |

Sezione 2

Dichiarazioni e autorizzazioni

...I... sottoscritt..... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.

...I... sottoscritt..... dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che dopo la conclusione dell'intervento potrà essere contattato dall'Isfol o dalla Regione/Provincia o da soggetti da essi incaricati, ma differenti dall'ente attuatore, per la realizzazione di un'intervista sulla qualità e sugli esiti occupazionali dell'intervento

Allegati n° come richiesto dal bando di ammissione.

Firma del richiedente

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

Il sottoscritto autorizza infine al trattamento dei dati personali in conformità alla vigente normativa sulla privacy

Firma del richiedente

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

Data

INFORMATIVA AI SENSI DEL “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità previste dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo
2. Il trattamento sarà effettuato tramite la registrazione in banche dati informatizzate
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire le rilevazioni previste dalla Legge Regionale n. ... e dai regolamenti FSE e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la mancata prosecuzione del rapporto.
4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa di settore né saranno oggetto di diffusione a scopi pubblicitari o con altre finalità diverse dalle elaborazioni previste dalla normativa
5. Il titolare del trattamento è la Regione Marche – Servizio Istruzione Formazione Lavoro
6. Il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile del Servizio Istruzione Formazione Lavoro
7. Gli incaricati sono individuati negli operatori degli Enti eroganti la formazione preposti alla raccolta e alla registrazione dati, ai dipendenti degli Uffici Regionali responsabili dell'erogazione dei finanziamenti e nei dipendenti assegnati all'ufficio del responsabile del trattamento.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Data

Firma per presa visione

.....

ALLEGA A CORREDO DELLA DOMANDA I SEGUENTI DOCUMENTI :

- Copia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia del permesso di soggiorno per stranieri;
- copia titolo di studio (Licenza Media Inferiore ed eventuali altri titoli attinenti il settore);
- copia di attestati professionali posseduti inerenti all'ambito socio-sanitario;
- documentazione relativa ai lavori precedentemente svolti nell'ambito socio-sanitario;
- copia codice fiscale;
- sottoscrizione della presa visione della data in cui si svolge la selezione (Allegato 1);
- 2 fotografie formato tessera;

Dichiara di essere a conoscenza che:

- l'ammissione al corso è subordinata alla verifica della documentazione presentata e al superamento del colloquio come previsto dall'art. 9 D.G.R. 666 del 20/05/2008.
- Gli allievi di nazionalità straniera dovranno dimostrare attraverso appositi test, la conoscenza della lingua italiana
- l'assenza superiore al 10% delle ore complessive comporta l'automatica esclusione dagli esami finali

Luogo e data _____

Firma

Allegato 1

DATA SELEZIONE CORSO "OSS" OPERATORE SOCIO SANITARIO

**Venerdì 06/06/2014 corso cod. 180122 ORE 09.00 c/o COOSS MARCHE
ONLUS Via Saffi n.4 - Ancona**

Io sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
dichiaro di aver preso visione che il giorno _____ alle ore _____ presso
_____ si terrà la selezione del corso per "Operatore socio
sanitario" cod. 182201

(luogo e data) _____

(firma)

ALLEGATO 2

CONDIZIONI PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (cod. 182201)

1. DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di partecipazione alla selezione dovrà essere redatta in carta semplice utilizzando il modulo “**Strumenti di rilevazione in ingresso agli interventi**”

Le domande dovranno essere intestate alla Cooss Marche Soc. Coop. per azioni, Via Saffi n. 4 – 60121 Ancona e presentate secondo le seguenti modalità:

- a. consegna a mano o a **mezzo del servizio postale** con Raccomandata AR all’indirizzo di COOSS MARCHE ONLUS Via Saffi n. 4 – 60121 Ancona, con l’indicazione nella busta:
CORSO OSS cod. 182201

Le domande dovranno essere sottoscritte dal candidato e presentate entro il **30/05/2014**.

La Cooss Marche non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni che non dipenda dai propri uffici, né per eventuali disguidi postali.

Le dichiarazioni contenute nella domanda sono effettuate sotto la propria responsabilità.

Al momento della selezione sarà accertato il possesso di tutti i requisiti d’accesso dichiarati nella domanda e la veridicità delle dichiarazioni contenute nel curriculum vitae.

La Cooss Marche si riserva, comunque, la facoltà di effettuare tali verifiche e di adottare provvedimenti in merito.