

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DEI MODULI PER LA FORMAZIONE COMPLEMENTARE
IN ASSISTENZA SANITARIA
AI SENSI DELLA D.G.R. N. 639 DEL 14/12/2018
Burc n. 13-Parte Seconda del 21/01/2019**

REGIONE CALABRIA

**Dipartimento n. 7
Lavoro, Formazione e Politiche Sociali
Dirigente Settore Formazione Professionale
Viale Europa, 35 - Località Germaneto**

88100 CATANZARO

Il sottoscritto _____ nato a _____ (Prov ____) il _____, e residente in _____ Via _____, nella qualità di legale rappresentante dell'organismo denominato _____, costituito il _____, avente natura giuridica di _____, sede legale in _____, Via _____, Cod. Fiscale _____, Partita Iva _____, sede amministrativo-didattica in _____ (____), Via _____; telefono _____, e-mail _____,

CHIEDE

l'autorizzazione di n ____ (in lettere) edizioni del corso per “LA FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA” della durata di ore 400 ore a corso, destinato a n. ____ allievi, da svolgersi presso la sede accreditata di _____ () sita in Via _____;

DICHIARA

- che Direttore responsabile dei corsi è il Dott. _____ nato a _____ il _____ (si allega curriculum);
- che l'intervento formativo proposto è sottoposto a specifica tutela da parte dell'ordinamento giuridico e a normativa di settore;
- che la sede didattica è accreditata con decreto n. _____ del __/__/____, per n. __ allievi per n. _____ ore di formazione nella macrotipologia “formazione superiore”;
- la disponibilità a sottoporsi al controllo regionale durante lo svolgimento dell'attività formativa;

SI IMPEGNA

- a rispettare la normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente in materia, con particolare riferimento alle Linee di indirizzo per la Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria per come previsto dalla D.G.R. n. 639 del 14/12/2018;

- ad applicare al personale dipendente utilizzato nelle attività formative il C.C.N.L. della formazione professionale;
- a non richiedere finanziamenti alla Regione Calabria (per come previsto dall’art. 40 della L.R. n. 18/85 e s.m.i.);
- a comunicare l’avvio dell’attività formativa con il relativo calendario didattico, nonché elenco degli allievi con la dichiarazione attestante il possesso dei requisiti degli stessi, disposti dalla linee guida sopra citate;
- a trasmettere, al momento della richiesta di vidimazione dei registri per l’autorizzazione alle esercitazioni e al tirocinio, le convenzioni sottoscritte con le strutture ospitanti gli allievi relative alla parte riferita alle esercitazioni e al tirocinio (moduli professionaizzanti), secondo quanto previsto all.art. 5 delle citate “Linee di indirizzo”;
- a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di sede, articolazione dei calendari didattici, personale impegnato;
- allo svolgimento dell’azione formativa come risultante dalla proposta formativa autorizzata.

Allega:

- progetto completo della scheda dei costi.
- curriculum del Direttore didattico del corso;
- curriculum del Tutor d’aula.

_____ li _____

Firma.....

(allegare fotocopia di documento di identità)

Durata del percorso formativo e relativi moduli didattici

Orario di svolgimento del percorso formativo

Requisiti personale non docente (*direttore didattico – tutor*)

DIRETTORE DIDATTICO:

Cognome

Nome

Titolo di Studio _____

Esperienza professionale

Attività lavorativa

TUTOR

Cognome

Nome

Titolo di Studio

Esperienza professionale

Attività lavorativa

Requisiti di accesso partecipanti

Per l'accesso ai moduli per la Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria:

- **Attestato di Qualifica Professionale di “Operatore Socio Sanitario – O.S.S.”**

rilasciato:

- **secondo l’Accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero della Solidarietà Sociale, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancito nella Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, rep. Atti 1161, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 19/04/2001 n. 91.**
- **ai sensi della Legge 845/78 – LR. 18/85 e delle DD.GG.RR. n. 167/2017 e DGR n. 155/2018**

Finalità del progetto

Articolazione del progetto formativo (indicare per ogni modulo: le materie, la durata)

Modulo Teorico di Base (formazione in aula) 150 ore (specificare):

Esercitazione pratica di 50 ore (specificare):

Modulo di Tirocinio Professionalizzante di 200 ore (presso Strutture Accreditate con il S.S.R.: (specificare)

Metodologie didattiche

--

Monitoraggio e valutazione

--

Attestazioni rilasciate

--

SCHEMA DEI COSTI

Ente	
Indirizzo:	
Titolo Progetto	
Ore	400
Allievi	
Costo corso per allievo	
Totale progetto	

DESCRIZIONE COSTO	IMPORTO €
Docenti	
Direzione	
Tutor	
Spese per tutor aziendali	
Personale amministrativo (segreteria – monitoraggio ecc)	
Costi di assicurazione allievi	
Pubblicizzazione e promozione del progetto (manifesti, spot ecc.)	
Materiale didattico individuale e di consumo per esercitazioni (penne - block notes - dispense - indumenti di lavoro - ecc.)	
Selezioni - esami	
Fitto locali e attrezzature	
Fornitura per uffici e cancelleria	
Spese telefoniche - postali	
TOTALE GENERALE DEI COSTI	

