

CORSO DI 1^ FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI

INFORMAZIONI GENERALI

DESTINATARI

Tutti coloro che siano in possesso del diploma di scuola dell'obbligo e che abbiano compiuto 18 anni alla data di iscrizione al corso (ai sensi dell'art. 1, comma 3 del D.M. n. 139/2007, per coloro che hanno conseguito il titolo di studio conclusivo del 1° ciclo dall'anno scolastico 2006/2007 decorre l'obbligo di istruzione secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 622, della L. 296/2006).

Per certificare il titolo di studio conseguito in paesi Extracomunitari dovrà essere presentata la DICHIARAZIONE DI VALORE rilasciata dalla rappresentanza diplomatico-consolare italiana nel paese al cui ordinamento appartiene la scuola che ha rilasciato il titolo.

Per certificare il titolo di studio conseguito in paesi Comunitari dovrà essere presentata la traduzione asseverata.

Per i cittadini stranieri con titolo di studio straniero, attestato rilasciato dai C.P.I.A. del grado di conoscenza orale e scritto della lingua italiana (livello minimo richiesto B1).

Per i cittadini stranieri se Extracomunitari possesso di regolare permesso di soggiorno.

L'ammissione definitiva alla partecipazione al corso è subordinata al superamento di un colloquio attitudinale.

FIGURA PROFESSIONALE

La figura professionale in uscita è quella dell'Operatore Socio Sanitario che svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente

DURATA E STRUTTURA DEL CORSO

Durata TOTALE del Corso	di cui Teoria	di cui Tirocinio	di cui Attività complementare	di cui Modulo Formazione integrativa
1200 ore	400 ore	550 ore	50 ore	200 ore

Nel caso in cui i partecipanti abbiano già conseguito le seguenti qualifiche professionali, il percorso didattico sarà ridotto come da articolazione oraria in tabella:

Qualifica:	Durata TOTALE del Corso	di cui Teoria	di cui Tirocinio	di cui Formazione complementare
OTA o situazioni similari	220 ore	70 ore	100 ore	50 ore
ADEST o situazioni similari (percorso minimo 375 ore)	300 ore	100 ore	150 ore	50 ore
ADEST/OSA o situazioni similari (percorso minimo 600 ore)	220 ore	70 ore	100 ore	50 ore

Il numero massimo di ore di assenza concesso è pari al 10% del monte orario da frequentare, distribuite in massimo di n. 60 ore per la teoria e n. 60 ore per il tirocinio.

L'attività pratica consiste nel tirocinio presso strutture sanitarie e presso strutture socio assistenziali e può essere integrato da visite guidate, incontri seminari, ecc.



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

nato/a il |_|_| |_|_| |_|_|_|_| a(.....)

Nazione

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

di essere iscritto/a a frequentare/partecipare all'intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base agli art. 496 del Codice penale e art.76 del dpr 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

DICHIARA

di essere

Uomo <input type="checkbox"/>	Donna <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------

di avere la cittadinanza:

1	Italia	<input type="checkbox"/>
2	Altri paesi UE	<input type="checkbox"/>
3	Paesi non UE del Mediterraneo	<input type="checkbox"/>
4	Paesi europei non UE	<input type="checkbox"/>
5	Altri paesi africani	<input type="checkbox"/>
6	Altri paesi asiatici	<input type="checkbox"/>
7	America	<input type="checkbox"/>
8	Oceania	<input type="checkbox"/>

(SPECIFICARE IL PAESE DI ORIGINE: _____)

se cittadino extracomunitario:

di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno, documento numero: _____)

di risiedere in Via/Piazza n°

C.A.P. Località Prov.

Tel. Abitazione/..... Telefono cellulare...../.....

e-mail

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in Via/Piazza

C.A.P. Località Prov.

Tel. Abitazione/.....

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

.....
.....

conseguito presso

in data con la votazione di

classificato come:

1	Obbligo formativo	<input type="checkbox"/>
2	Qualifica professionale post obbligo	<input type="checkbox"/>
3	Diploma di maturità e diploma di scuola superiore	<input type="checkbox"/>
4	Qualifica professionale post-diploma e IFTS	<input type="checkbox"/>
5	Diploma universitario e Laurea breve	<input type="checkbox"/>
6	Laurea	<input type="checkbox"/>
7	Diploma post laurea (master, dottorato)	<input type="checkbox"/>

di aver negli ultimi due anni frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo: (indicare il tipo di scuola eventualmente abbandonata)

1	scuola media inferiore o di base	<input type="checkbox"/>
2	istituto professionale	<input type="checkbox"/>
3	istituto tecnico	<input type="checkbox"/>
4	istituto magistrale	<input type="checkbox"/>
5	istituto d'arte	<input type="checkbox"/>
6	liceo	<input type="checkbox"/>
7	università	<input type="checkbox"/>

di essere nella seguente condizione professionale (indicare una sola risposta)

1	in cerca di prima occupazione in uscita dalla scuola/università (chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)	<input type="checkbox"/>
2	disoccupato o iscritto alle liste di mobilità (chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l'intento di rientrare nel mercato del lavoro)	<input type="checkbox"/>
3	occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)	<input type="checkbox"/>
4	occupato con contratto a causa mista (Apprendistato)	<input type="checkbox"/>
5	imprenditore, lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>
6	studente (chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)	<input type="checkbox"/>
7	inattivo (chi non ha e non cerca lavoro)	<input type="checkbox"/>

Dichiara altresì (eventuali altre note che si desidera segnalare):

La frequenza al corso è subordinata al rilascio del certificato di idoneità alla mansione ed alla regolarità dei pagamenti della quota di iscrizione.

**CORSO DI 1^ FORMAZIONE
OPERATORI SOCIO SANITARI**

**LUOGO
GENOVA**

c/o Rina Academy s.r.l.
Via Ravasco 10

DATA

al raggiungimento del numero di allievi previsto in aula

ORARI

La frequenza sarà di 4 ore al giorno per 5 giorni settimanali.

PREZZO

2.500,00 € (IVA ESENTA) **

Anagrafica Allievo

Nome e Cognome

Nato a il Nazione

Codice fiscale | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

Residenza (Indirizzo, Cap, Città, Provincia)

Domicilio (se diverso dalla Residenza)

Telefono.....

Fax.....

Mobile.....

E-mail.....

Il sottoscritto dichiara di farsi carico della quota pari a 2.500,00 €.

** con possibilità di accedere a finanziamento in 10, 18 o 24 rate (prime 10 rate ad interesse zero).

FIRMA

Data,

IMPORTANTE

Eventuali rinunce debbono essere segnalate alla segreteria almeno 10 giorni prima dell'inizio del corso: oltre tale termine verrà addebitato (secondo le percentuali di partecipazione alla spesa fra partecipante ed azienda datrice di lavoro sopra dichiarate) il 50% della quota.

Rina Academy s.r.l. si riserva la facoltà di cancellare il corso nel caso di insufficiente numero di partecipanti.

Il saldo della quota di iscrizione dovrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario (valuta primo giorno di corso) sul c/c bancario n.00000922019 intestato a Rina Academy s.r.l. presso BANCA PASSADORE & C. - Sede di Genova (Via Vernazza, 27) codice IBAN IT 70 M 03332 01400 00000922019. Copia del bonifico dovrà essere trasmessa al numero di telefax 010 532607.

I Suoi dati personali saranno trattati dal Titolare del Trattamento RINA S.p.A., con sede legale in Genova (GE), via Corsica 12, CF e P.IVA 03794120109, nonché dalla/le società del Gruppo RINA con cui lei ha in corso un rapporto contrattuale, secondo le modalità e per le finalità descritte nell'Informativa a Lei resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016. Si precisa che Lei potrà in qualunque momento modificare il consenso reso a valle di tale Informativa, con particolare riferimento al consenso reso per il trattamento dei suoi dati per le finalità di cui al punto 2 lett. (b) della suddetta (la cui eventuale revoca non compromette l'esecuzione del contratto di servizi in essere) scrivendo a rina.dpo@rina.org. Inoltre, in qualità di Interessato Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE n. 679/2016 inviando una raccomandata a/r a RINA S.p.A., via Corsica 12, 16128 Genova, all'attenzione del Responsabile per la protezione dei dati, oppure inviando un messaggio e-mail all'indirizzo rina.dpo@rina.org. Il Titolare del trattamento potrà essere sempre contatto mediante i recapiti indicati sul sito web www.rina.org, nonché all'indirizzo e-mail del Data Protection Officer rina.dpo@rina.org.

- Accetto di essere vincolato dai termini e condizioni di cui sopra e dichiaro di aver preso visione dell'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI e di accettarne i contenuti (consenso obbligatorio per la prestazione dei servizi del Titolare, nonché dalla/le società del Gruppo RINA). Non accetto di essere vincolato dai termini e condizioni di cui sopra

FIRMA

Data,

Per la finalità di ricezione via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal Titolare, nonché dalla/le società del Gruppo RINA e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi (consenso facoltativo).

- Accetto all'invio di comunicazioni commerciali attraverso sistemi automatizzati di chiamata e comunicazioni elettroniche. Non acconsento.

FIRMA

Data,