



## CORSO RIQUALIFICAZIONE PER OPERATORI SOCIO SANITARI

### INFORMAZIONI GENERALI

#### DESTINATARI

Il corso è dedicato a operatori occupati da almeno 2 anni presso strutture sanitarie private e socio-assistenziali private aventi sede legale e/o operativa ubicata sul territorio della Regione Liguria .

#### 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 Formazione complementare
600 ore	400 ore	150 ore	50 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

L'attività pratica consiste nel tirocinio presso strutture sanitarie per chi opera nel sociale e presso strutture socio assistenziali per chi presta servizio in ambito sanitario 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 essere nella seguente condizione professionale (indicare una sola risposta)**

1	come dipendente (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)	<input type="checkbox"/>
2	con contratto a causa mista (Apprendistato)	<input type="checkbox"/>

**di essere occupato da almeno 2 anni presso la/e seguente/i struttura/e socio-sanitaria assistenziale:**

1).....dal..... al.....

2).....dal..... al.....

3).....dal..... al.....

4).....dal..... al.....

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


**L'accesso al corso è subordinato alla presentazione del certificato di idoneità alla mansione ed alla regolarità dei pagamenti della quota di iscrizione.**

# CORSO RIQUALIFICAZIONE PER OPERATORI SOCIO SANITARI

Scheda Economica Partecipante

**LUOGO**  
**GENOVA**  
c/o Sogea S.c.a.r.l  
Via Ravasco 10

## DATA

*al raggiungimento del numero di allievi previsto in aula  
(indicativamente: marzo 2014 – dicembre 2014)*

**Il calendario specifico verrà fornito secondo prassi a seguito di autorizzazione a procedere della Provincia di Genova**

## ORARI

La frequenza sarà di 4 ore al giorno (14,30-18,30) per 4 giorni settimanali.

## PREZZO

1.950, 00 € (IVA ESENTA) \*\*

Il pagamento verrà effettuato:

Quota parte allievo (indicare nominativo): .....
.... % corrispondente a € .....

## 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 ..... €**

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

**FIRMA**

.....

## **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.

SOGEA S.c.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.000000922019 intestato a SOGEA S.c.r.l. presso BANCA PASSADORE & C. - Sede di Genova (Via Vernazza, 27) codice IBAN IT 70 M 03332 01400 000000922019. Copia del bonifico dovrà essere trasmessa al numero di telefax 010 532607.

Ai sensi del D.Lgs 196/03 i dati rilasciati saranno trattati ai fini della corretta esecuzione delle prestazioni richieste e di offrire informazioni sui nostri servizi.

Previo suo consenso facoltativo potranno essere anche utilizzati per l'invio di comunicazioni commerciali attraverso sistemi automatizzati di chiamata e comunicazioni elettroniche. Responsabile del trattamento dei dati di SOGEA S.c.r.l. è SOGEA S.c. a r.l. rivolgendosi alla quale potrà esercitare i diritti di cui all'art.7.

**Allega infine la dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (D.Lgs. N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003).**

Data, .....

**FIRMA DELL'ALLIEVO** .....

**CORSO RIQUALIFICAZIONE PER  
OPERATORI SOCIO SANITARI**

Scheda "Cofinanziamento" Datore di lavoro

**LUOGO**  
**GENOVA**  
c/o Sogea S.c.a.r.l  
Via Ravasco 10

**DATA**

*al raggiungimento del numero di allievi previsto in aula*

**Il calendario specifico verrà fornito secondo prassi a seguito di autorizzazione a procedere della  
Provincia di Genova**

**ORARI**

La frequenza sarà di 4 ore al giorno (14,30-18,30) per 4 giorni settimanali.

**PREZZO**

Minimo il 10% del costo di iscrizione (1.950, 00 €) pari a €195,00 (IVA ESENTE)

**Il pagamento verrà effettuato:**

Quota parte Azienda datrice di lavoro del/i partecipante/i	
<b>(indicare nominativo dipendente/i):</b>	
1).....	2).....
3).....	4).....
.... % corrispondente a € .....	

Qualora l'azienda fosse iscritta a Fondimpresa ed avesse sufficiente capacità sul proprio Conto Formazione, il costo di iscrizione a suo carico potrà essere finanziato attraverso la richiesta di voucher (valore minimo di 800,00 €)

**Anagrafica Azienda**

Ragione Sociale .....

Sede Legale (Indirizzo, Cap, Città, Provincia) .....

.....

Sede amministrativa (se diversa dalla precedente) .....

.....

Codice fiscale ..... Partita IVA .....

Telefono ..... Fax .....

Mobile ..... E-mail .....

**L'Azienda sopra indicata dichiara di farsi carico della quota pari a ..... €**

**Timbro e Firma Azienda**

.....

**IMPORTANTE**

SOGEA S.c.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.000000922019 intestato a SOGEA S.c.r.l. presso BANCA PASSADORE & C. - Sede di Genova (Via Vernazza, 27) codice IBAN IT 70 M 03332 01400 000000922019. Copia del bonifico dovrà essere trasmessa al numero di telefax 010 532607.  
Ai sensi del D.Lgs 196/03 i dati rilasciati saranno trattati ai fini della corretta esecuzione delle prestazioni richieste e di offrire informazioni sui nostri servizi.  
Previo suo consenso facoltativo potranno essere anche utilizzati per l'invio di comunicazioni commerciali attraverso sistemi automatizzati di chiamata e comunicazioni elettroniche. Responsabile del trattamento dei dati di SOGEA S.c.r.l. è SOGEA S.c. a r.l. rivolgendosi alla quale potrà esercitare i diritti di cui all'art.7.

**Allega infine la dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (D.Lgs. N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003).**

Data, .....

**Timbro e Firma Azienda** .....