

## DOMANDA di PARTECIPAZIONE al CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)

Il/La sottoscritto/a

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>Nato/a a</b> <small>(città e Provincia)</small>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Cittadinanza</b>		<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Residente a</b> <small>(città e Provincia)</small>		<b>CAP</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>			
<b>Domiciliato/a a</b>		<b>CAP</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<b>Telefono fisso</b>		<b>Cell.</b>	
<b>e-mail</b> <small>(scrivere in stampatello)</small>		@	
<b>Documento identità</b>		<b>N°</b>	
<b>Rilasciato da</b>		<b>In data</b>	

### CHIEDE

**di partecipare al corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS)**, ai sensi del D.A. n. 377/2019 REGIONE SICILIANA Assessorato della Salute Dipartimento Regionale Attività Sanitarie Osservatorio Epidemiologico Servizio 2 Formazione e Comunicazione che si realizzerà in .....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' e DI CERTIFICAZIONE** (resa ai sensi del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

**di possedere il titolo di studio/la qualifica di**

- **Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari - ADEST, denominato anche Operatore Socio Assistenziale e dei Servizi tutelari**
- **Operatore Socio Assistenziale – OSA, nelle varie declinazioni.**
- **Operatore Addetto all'assistenza delle Persone Diversamente Abili**
- **Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali**
- **Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Socio Sanitari**
- **Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA)**

**di essere residente nel Comune di**

*Solo per i/le cittadini/e stranieri/e*

**di avere una buona conoscenza della lingua italiana**

SI  NO

**di essere in possesso di regolare Permesso di soggiorno**


SI  NO

- di iscriversi al corso O.S.S. organizzato da Eap Fedarcom che si svolgerà a .....
- di autocertificare la veridicità dei dati e delle informazioni indicati nella presente domanda, in particolare:
- a. di aver compiuto il 17° anno di età alla data della domanda di iscrizione al corso;
  - b. di essere in possesso titolo previsto dalla normativa vigente;
  - c. *(per i/le Candidati/e stranieri/e)* di essere in possesso di una buona conoscenza della lingua italiana e permesso di soggiorno.
- di aver versato la quota di 250 euro a mezzo bonifico bancario (IBAN IT57H0200883421000101475858) intestato a EAP FEDARCOM in data.....
- Nella Causale del bonifico indicare i seguenti dati:
- Pre-iscrizione corso.....(indicare il nome del corso)
- Sede di .....(indicare la sede corsuale)
- Nome e Cognome ..... (indicare nome e cognome dell'allievo/a)

## ALLEGA

alla presente domanda seguente documentazione comprovante il possesso dei seguenti requisiti e titoli:

1.  FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'
2.  FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
3.  FOTOCOPIA DEL TITOLO DI STUDIO


luogo		data	giorno	mese	anno	firma	
-------	--	------	--------	------	------	-------	---

**DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy**

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di Eap Fedarcom;
5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
6. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente a Eap Fedarcom.

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un documento di identità di chi sottoscrive.

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	
-------	--	------	--------	------	------	-------	---



## SCHEDA CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO O.S.S.

### **Qualifica conseguita**

Operatore Socio Sanitario (Riqualificazione)

### **Descrizione**

L'Operatore Socio-Sanitario O.S.S. è una figura professionale appartenente alle professioni socio sanitarie, prevista in Italia.

Si occupa di assistenza di base ai pazienti, fornendo aiuto nelle attività di vita quotidiane; opera e collabora con gli infermieri e le altre figure sanitarie nelle attività che aiutano le persone a soddisfare i propri bisogni fondamentali, l'alimentazione, l'igiene personale, l'attività finalizzate al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del benessere e dell'autonomia

### **Livello EQF**

4

### **Titolo di accesso**

- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- Operatore Socio Assistenziale (OSA);
- Operatore Addetto all'assistenza delle persone diversamente Abili;
- Operatore tecnico per l'assistenza (OTA)
- Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali
- Diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Socio Sanitari

### **Costo**

€ 1.800,00 per partecipante

### **Modalità di pagamento**

€ 250,00 all'atto dell'iscrizione, a mezzo di bonifico a favore di EAP FEDARCOM (IBAN IT57H0200883421000101475858); € 1550,00 con possibilità di rateizzazione flessibile durante la durata del corso.

### **Validità**

La qualifica conseguita costituisce titolo per l'ammissione ai pubblici concorsi, con relativo punteggio, ed ha validità europea.

- Validità su tutto il territorio nazionale ed europeo;
- Validità e titolo essenziale in concorsi pubblici (ATA, ASL, OSPEDALI ECC..).
- Qualifica immediata presso i Centri dell'Impiego su tutto il territorio nazionale.

### **Articolazione didattica**

Il corso ha una durata di 420 ore (180 ore in aula e 240 ore di tirocinio).

Il programma formativo del corso è in linea con quanto fornito dalle Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitario dell'Assessorato alla Salute con Decreto 22 Marzo 2017 "Nuova disciplina per l'effettuazione dei corsi di riqualificazione in operatore socio sanitario – anni 2017/2018"