



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e
Osservatorio Epidemiologico



Sede legale Via San Marco 105 – 90017
Santa Flavia (PA)

Allegato A

CORSO DI RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO

Assessorato alla Salute D.A. del 22/03/2017 - Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 14-04-2017 Parte I n. 15

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome.....
Luogo e data di nascita

Indirizzo CAP Città

Prov.

Codice Fiscale.....

Tel. Fax e-mail

Titolo di studio

In possesso della seguente qualifica:

- Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari – ADEST- denominato anche Operatore Socio Assistenziale e dei servizi tutelari
- Operatore Socio Assistenziale – OSA- denominato anche "OSA per l'infanzia", "OSA per le demenze", OSA per l'handicap", "OSA per gli anziani"
- Operatore Addetto all'assistenza delle Persone diversamente Abili
- Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA D.M. 295 del 26/07/1991- Durata pari a 670 ore)
- Altra qualifica rilasciata ai sensi di legge e conseguita a seguito della frequenza di un corso dal cui attestato risulti una durata di almeno 700 ore in ambito socio – assistenziale di cui complessivamente almeno 150 ore di didattica concernente le aree relative, in linea generale, all'assistenza alla persona, così come previsto dalla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 14-04-2017 Parte I n. 15

.....
(Indicare la qualifica)

Durata in ore del corso Rilasciato ai sensi di legge da..... In data.....

Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)

Intestazione.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....Co
dice Fiscale.....Partita Iva.....

CHIEDE

di essere iscritto al corso DI RIQUALIFICAZIONE IN OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO (Autorizzazione n. 2276 del 12/01/2016 - Regione Siciliana Ass. alla Salute - D.A. del 22/03/2017 - Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 14-04-2017 Parte I n. 15 secondo le "Condizioni generali" di seguito allegate.



Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e
Osservatorio Epidemiologico



Sede legale Via San Marco 105 – 90017
Santa Flavia (PA)

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B "Condizioni generali" e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a, altresì, autorizza al trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'albo regionale degli Operatori socio sanitari (GURS del 14-04-2017 Parte I n. 15)

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara la sua disponibilità a svolgere il tirocinio esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio" (GURS del 14-04-2017 Parte I n. 15)

Luogo e data

Firma

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.