



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE LICEO CLASSICO "G. LEOPARDI"

V.le De Gasperi 135 S.Benedetto del Tronto – Cod. Fisc. 82002590444 – Tel. 0735/82929-781051

Sito Web: www.iisleopardiccicarelli.gov.it

Email: apis00300b@istruzione.it – apis00300b@pec.istruzione.it

Con sezioni associate: Montalto delle Marche e Cupra Marittima

Prot. n. MCH /C/18

San Benedetto del Tronto, 28/01/2019

**Agli studenti della classe 4^B
I.P.S.S.C.S.S. "N. Ciccarelli"
Cupra Marittima (AP)**

OGGETTO: Iscrizione al Corso di Operatore Socio Sanitario.

A seguito approvazione della Regione Marche del corso in oggetto, si comunica agli studenti in indirizzo di compilare il modulo di iscrizione in allegato, entro e non oltre il 30 gennaio 2019.



Il Dirigente Scolastico
Prof. Maurizio Piergallini



DOMANDA ISCRIZIONE

**DENOMINAZIONE INTERVENTO FORMATIVO: CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO
CORSO AUTORIZZATO DALLA REGIONE MARCHE:**

DECRETO DIRIGENZIALE N.1832 DEL 22/12/2018 - POR FSE 2014/2020 – AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI DI FORMAZIONE INTEGRATA PER L’ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA DI “OPERATORE SOCIO SANITARIO” DA PARTE DEGLI STUDENTI DEGLI IPS AD INDIRIZZO “SERVIZI SOCIO-SANITARI” A.S. 2018/2019 - ASSE I OCCUPAZIONE P.I. 8.1 RA 8.5 - D.D.P.F. N.1417/IFD DEL 12/11/2018 - bando OSS_2018

SOGGETTO PROPONENTE ED ENTE GESTORE:

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “G. LEOPARDI” SAN BENEDETTO DEL TRONTO”

SEDE CORSO: IPSSCSS “N. CICCARELLI” CUPRA MARITTIMA – Corso riservato alunni classe 4b - a.s. 2018/19

CODICE PROGETTO (SIFORM): 1008686 - N.ALLIEVI AMMESSI: 20 (+ n. 2 uditori)

Il/la sottoscritto/a	cognome	nome
In qualità di	genitore o altro soggetto che ne esercita la tutela (specificare)	
DEL / IL PARTECIPANTE (se maggiorenne compilare solo la parte sottostante e cancellare DEL)		
Cognome	nome	
Al riguardo, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 D.P.R. 445/2000)		
FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’INTERVENTO FORMATIVO: OPERATORE SOCIO SANITARIO e fornisce i seguenti dati anagrafici del partecipante		
Nato a (comune o Stato estero di nascita)		Provincia
Data nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
codice fiscale		
Cittadinanza		Eventuale altra cittadinanza oltre quella Italiana
Se cittadino estero numero anni residenza in Italia	Comune di residenza	Provincia
Indirizzo		

Comune domicilio se diverso da residenza		provincia
Indirizzo domicilio		
CONTATTI		
telefono fisso	telefono cellulare	mail
altro		

Il sottoscritto dichiara quanto segue:

di essere a conoscenza dei contenuti e delle modalità di svolgimento del corso e del calendario predisposto, tenendo conto che lo stesso potrà subire variazioni indipendenti dalla volontà dell'Ente Gestore e che il corso si svolge nel rispetto quanto stabilito dal DGR Marche 666/2008, che il sottoscritto dichiara di conoscere, e secondo le indicazioni fornite dall'apposito servizio della Regione Marche;

di essere a conoscenza che la partecipazione al corso è gratuita, che tuttavia sono ad esclusivo carico dell'allievo le spese di trasporto da e verso la sede del corso o dello stage, gli eventuali testi indicati dai docenti e le certificazioni di idoneità sanitarie richieste;

di essere a conoscenza, che tutte per tutte le comunicazioni inerenti al corso si farà comunque riferimento a quanto inserito in apposita sezione del sito della scuola, accessibile al seguente indirizzo <http://www.iisleopardiccarelli.gov.it/>, la cui consultazione costituisce onere del partecipante e che pertanto nessun altro obbligo di diversa modalità comunicazione viene assunto dall'Ente Gestore;

di essere a conoscenza che il corso è riservato esclusivamente agli alunni frequentanti la classe quarta, sezione B, indirizzo socio sanitario, presso l'IPSSCSS di Cupra Marittima per l'anno scolastico 2018/2019 e che nel caso in cui le domande di iscrizione degli stessi siano superiori al numero dei posti ammissibili a finanziamento pubblico 20 (venti), si procederà, al solo fine di individuazione degli allievi uditori, che potranno in ogni caso frequentare il corso e partecipare all'esame finale con conseguimento della qualifica, ad apposita selezione il cui calendario e modalità saranno comunicate come indicato al punto precedente. Che gli aspiranti esclusi potranno essere ammessi in ordine di graduatoria, alle medesime condizioni, in caso di rinuncia o esclusione degli aventi diritto prima dell'inizio del corso;

di essere a conoscenza che gli iscritti al corso dovranno procedere a proprie spese, pena l'esclusione, all'accertamento dell'idoneità psico-fisica, fornendo prima dell'avvio dello stage idonea certificazione e sottoporsi alle vaccinazioni ai sensi dell'art.10 del DGR sopra richiamato. L'Ente Gestore fornirà successivamente le indicazioni operative;

di essere a conoscenza della durata del corso, a completamente dei crediti formativi riconosciuti per la frequenza scolastica curricolare, è di 440 ore di cui 130 in aula e 300 in stage, presso unità socio sanitarie individuate dall'Ente Gestore, autonomamente raggiunte dall'iscritto e 10 ore di esame finale. L'iscritto dichiara di organizzarsi autonomamente per il raggiungimento della sede dello stage e di accettare incondizionatamente, il calendario e gli orari proposti, nel rispetto delle normative vigenti. Per gli alunni frequentanti, lo stage, svolto durante l'anno scolastico avrà validità ai fini del riconoscimento del percorso di alternanza scuola lavoro, nel rispetto delle indicazioni relative allo stesso. Il corso si concluderà con esame finale secondo quanto previsto da DGR 666/2008, a cui si avrà accesso a condizione che il numero di assenze non ecceda il tetto massimo 10% del monte ore del corso (440 ore) e che il profitto accertato durante il corso teorico e l'attività di stage, sia considerato dal team dei docenti sufficiente per l'ammissibilità;

di essere a conoscenza che dopo la conclusione dell'intervento potrà essere contattato oltre che dall'Ente Gestore, dalla Regione/Provincia/Ministero o da soggetti da essi incaricati, ma differenti dall'ente attuatore, per la realizzazione di interviste e sondaggi sulla qualità e sugli esiti occupazionali dell'intervento.

Luogo..... **Data**

Firma del richiedente

(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)

INFORMATIVA AI SENSI DELLA PRIVACY
Regolamento UE 2016/679

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

Finalità del Trattamento

I dati da Lei forniti, verranno utilizzati allo scopo e per le finalità previste dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo. Il trattamento sarà effettuato tramite la registrazione in banche dati informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire le rilevazioni previste dai regolamenti FSE e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la mancata prosecuzione del rapporto.

Modalità del Trattamento

I dati da Lei forniti verranno trattati. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa di settore né saranno oggetto di diffusione a scopi pubblicitari o con altre finalità diverse dalle elaborazioni previste dalla normativa. Il titolare del trattamento è la Regione Marche – Servizio Istruzione Formazione Lavoro. Il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile del Servizio Istruzione Formazione Lavoro. Gli incaricati sono individuati negli operatori degli Enti eroganti la formazione preposti alla raccolta e alla registrazione dati, ai dipendenti degli Uffici Provinciali responsabili dell'erogazione dei finanziamenti e nei dipendenti assegnati all'ufficio del responsabile del trattamento. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a all'indirizzo postale/ mail o PEC dell'Ente Gestore indicato sul sito istituzionale:

<http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Istruzione-Lavoro>,

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

FIRMA PER PRESA VISIONE E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Luogo..... data

Firma del richiedente

(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)