



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



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

Sito Web: www.iisleopardiccarelli.gov.it E-mail: apis00300b@istruzione.it – apis00300b@pec.istruzione.it

Con sezioni associate: Liceo Classico di San Benedetto del Tronto (AP)

Liceo Classico Montalto delle Marche Tel: 0736829453

I.P.S.S.C.S.S Cupra Marittima (AP) Via Della Stazione 47 Tel. 0735/779062

E-mail: scuolacupra@tin.it

Prot. n. 11937

San Benedetto del Tronto li 15-12-2017

Agli Studenti della Classe 5B socio sanitario
I.P.S.S.C.S.S Cupra Marittima
Ai Diplomati a.s. 2016/2017
Classe 5B indirizzo socio sanitario
I.P.S.S.C.S.S Cupra Marittima

Oggetto: Corso per Operatore Socio Sanitario.

La Regione Marche ha approvato un corso per Operatore Socio Sanitario riservato esclusivamente a studenti frequentanti la classe quinta e diplomati nell'a.s. 2016/2017 dell'indirizzo socio-sanitario.

Il corso si terrà da Gennaio 2018 a Ottobre 2018 e sarà strutturato in 440 ore, di cui:

Ore teorico/pratiche	130	Ore pomeridiane presso I.P.S.S.C.S.S Cupra Marittima
Tirocinio/Stage	300	Strutture convenzionate con la Scuola
Esame	10	Sede I.P.S.S.C.S.S Cupra Marittima

come da calendario di massima allegato alla presente .

Se il numero di domande sarà superiore alla disponibilità di posti (21 per la classe quinta a.s. 2017-18 e 9 per i diplomati a.s. 2016/2017) verrà effettuata la selezione nei giorni 8 e 9 Gennaio 2018. La necessità di selezione sarà resa nota su sito web della Scuola www.iisleopardiccarelli.gov.it il giorno 02/01/2018.

Coloro che sono intenzionati a frequentare il corso devono presentare in segreteria, domanda sul modello allegato, e ricevuta del versamento di € 200,00 effettuato sul c/c bancario IBAN IT37A0306924403000000900100 perentoriamente entro il 29/12/2017.

La quota versata sarà restituita a chi non avrà superato l'eventuale selezione.

Per informazioni dettagliate sul corso contattare il Prof. Tassotti Nazzeno, il mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 9,00 o dalle ore 11,00 alle ore 12,00.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Silyja Fazzini)



Calendario di massima

Lezioni teoriche	11-gen	G	4			14:30	18:30
Lezioni teoriche	12-gen	V	4			14:30	18:30
Lezioni teoriche	15-gen	L	4			14:30	18:30
Lezioni teoriche	16-gen	M	3			14:30	17:30
Totale ore teoriche (1^ parte)			15				
Inizio Stage 4 sett.ne (ipotesi 6 ore al giorno dal lunedì al sabato)	22-gen						
Fine Stage	17-feb			144			
Lezioni teoriche	07-mar	Me	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	14-mar	Me	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	20-mar	M	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	19-mar	L	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	06-apr	V	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	12-apr	G	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	17-apr	M	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	18-apr	Me	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	24-apr	Ma	3			14:30	17:30
Lezioni teoriche	26-apr	G	3			14:30	17:30
Totale ore teoriche (2^ parte)			30				
Lezioni teoriche	16-lug	L	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	17-lug	M	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	18-lug	ME	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	19-lug	G	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	20-lug	V	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	21-lug	S	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	23-lug	L	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	24-lug	M	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	25-lug	ME	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	26-lug	G	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	27-lug	V	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	28-lug	S	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	30-lug	L	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	31-lug	M	5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	01-ago		5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	02-ago		5			08:30	13:30
Lezioni teoriche	03-ago		5			08:30	13:30
Totale ore teoriche (3^ parte)			85				
Seconda parte Stage (5 settimane)	Settembre/Ottobre						
Ipotesi 6 ore al gg. x 5 giorni a settimana				156			
Esame (data di massima)	20-ott					5	
	21-ott					5	
TOTALE ORE CORSO			130	300	10		

SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (O SCHEDA D'ADESIONE) INTERVENTO



DENOMINAZIONE INTERVENTO

CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO

SOGGETTO ATTUATORE

I.I.S. LICEO CLASSICO "G.LEOPARDI"

1. Richiesta di partecipazione e dati anagrafici

...I... sottoscritto/a (Cognome Nome).

Sesso M F

nato/a a (Comune) (Provincia)(Stato)

il / / (gg/mm/anno)

Codice Fiscale

fa domanda di partecipazione all'intervento (segue titolo intervento) _____

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) dichiara:

- di avere la cittadinanza (*una sola risposta*):

a. italiana

b. di altro paese (indicare la nazione per esteso)

Nel caso si possieda una cittadinanza diversa da quella italiana indicare da quanti anni si risiede in Italia

Nel caso si possieda una seconda cittadinanza oltre quella italiana indicarle per esteso

- di risiedere in:

Via/Piazza n°

Località

Comune

C.A.P. Provincia

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

Eventuale altro recapito telefonico/.....)

E-mail

- di avere il domicilio in (*solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio*):

Via/Piazza n°

Località

Comune

C.A.P. Provincia.....Tel. Abitazione...../.....Eventuale altro recapito telefonico .../.....)

- di essere iscritto al Centro per l'impiego

si no

Se Si, di

dal / / (mm/anno)

Sezione 2

Dichiarazioni e autorizzazioni

....I... sottoscritt..... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.

...I... sottoscritt..... dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che dopo la conclusione dell'intervento potrà essere contattato dall'Isfol o dalla Regione/Provincia/Ministero o da soggetti da essi incaricati, ma differenti dall'ente attuatore, per la realizzazione di un'intervista sulla qualità e sugli esiti occupazionali dell'intervento

Allegati n° come richiesto dal bando di ammissione.

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

Il sottoscritto autorizza infine al trattamento dei dati personali in conformità alla vigente normativa sulla privacy

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

INFORMATIVA AI SENSI DEL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità previste dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo
2. Il trattamento sarà effettuato tramite la registrazione in banche dati informatizzate
3. 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.
4. 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
5. Il titolare del trattamento è la Regione Marche – Servizio Istruzione Formazione Lavoro
6. Il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile del Servizio Istruzione Formazione Lavoro
7. 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, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

DATA

FIRMA PER PRESA ISIONE _____