(Da produrre ESCLUSIVAMENTE su carta intestate dell'Ente)

All'Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 2 "Formazione"
dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'organizzazione del corso di qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS) ai sensi del D.A. n._____ del _____

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a_____ __il_____in qualità di rappresentante legale/amministratore unico dell'Ente_____ con sede in_____via_____n._____ C.A.P._____,

CHIEDE

ai sensi del D.A. n._____ del _____l'autorizzazione allo svolgimento di n.1 edizione del corso di qualifica in Operatore Socio Sanitario (OSS) che avrà luogo presso _____ dal _____ al _____.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445/2000

DICHIARA

☐ di attenersi per gli aspetti di natura organizzativa, didattica ed economica a quanto espressamente indicato all'Allegato A del Decreto dell'Assessorato regionale della Salute n._____ del _____ "Linee guida per i percorsi di qualifica in Operatore Socio Sanitario - Anni 2026-2027"

☐ di essere soggetto formativo accreditato dalla Regione Siciliana per la formazione professionale ai sensi del Decreto Presidenziale del 1 ottobre 2015, n. 25 con ID n.

☐ di svolgere il corso presso la sede formativa accreditata con Decreto n. _____sita a

(inserire indirizzo);

Allega alla presente:

1. autocertificazione antimafia di cui all'art. 89 del D.lgs. 159/2011 e s.m.i.
2. fotocopia di documento d'identità in corso di validità;
3. autocertificazione con la quale dichiara di essere in regola con gli adempimenti (piano formativo, relazione annuale, contributi annuali) ed avere realizzato almeno un evento ECM nell'ultimo anno di attività (dodici mesi precedenti alla presentazione dell'istanza; l'evento si intende realizzato solo se rapportato).
4. calendario didattico e programma formativo corredato di elenco dei docenti selezionati con indicazione della qualifica professionale.
5. nominativo e curriculum del Coordinatore del Corso datato, sottoscritto e corredato di autorizzazione al trattamento dei dati per la finalità di cui trattasi;

6. attestazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 del Coordinatore del Corso attestante il possesso dei requisiti richiesti ai docenti; (accompagnata da un documento di identità in corso di validità);
7. nominativo e, qualora non dipendente dell'ente, curriculum del Tutor d'aula individuato sottoscritto e corredato di autorizzazione al trattamento dei dati per la finalità di cui trattasi;
8. elenco delle attrezzature per le esercitazioni di cui dispone l'Ente.
9. Modello di autocertificazione adempimenti ECM (All.G)

Data_____

Firma