



CORSI PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO

MODELLI

Biennio 2012-2014

- 1. Domanda riconoscimento corsi - I modulo/Conferma proseguimento corsi - II modulo**
- 2. Lettera di avvio corsi - I modulo**
- 3. Registro presenze allievi**
- 4. Calendario orario lezioni**
- 5. Elenco personale docente**
- 6. Abbinamento allievo/ditta e calendario orario**
- 7. Smarrimento registro presenze allievi/fogli mobili**
- 8. Lettera di conclusione corsi - I modulo**
- 9. Verbale di idoneità al II modulo**
- 10. Lettera di avvio corsi - II modulo**
- 11. Registro individuale a fogli mobili**
- 12. Lettera di conclusione corsi - II modulo**
- 13. Richiesta di dichiarazione sostitutiva attestato di qualifica**
- 14. Scheda di follow up**

Tutti i Modelli sopra elencati sono reperibili sul sito internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Istruzione+e+Diritto+allo+Studio/Area+Operatori.htm>

MODELLO 1 – Domanda riconoscimento corsi - I modulo/Conferma proseguimento corsi - II modulo**REGIONE DEL VENETO***(su carta intestata dell'Istituto)*

Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
 Direzione Istruzione
 Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
 30121 VENEZIA

Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

CORSI PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO**DOMANDA RICONOSCIMENTO CORSI – Classi IV** **CONFERMA PROSEGUIMENTO CORSI – Classi V** **ANNO SCOLASTICO 201_/201_**

*Utilizzare un Modello 1 per le classi IV ed un Modello 1 per le classi V.
 Compilare con la massima attenzione i campi in tutte le loro parti.*

Sezione I**Tab. 1 - Istituto proponente**

| | | | |
|------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|
| ISTITUTO PROFESSIONALE | | CODICE ENTE | |
| INDIRIZZO | | | CAP |
| CITTA' | | | PROV |
| TEL. | FAX | | |
| E-MAIL | C.F. e/o P.I. | | |
| ACCREDITATO | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Tab. 2¹- Indicare le condizioni di realizzazione (accreditamento dell'Ente o realizzazione in partenariato)

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS | N° iscrizione nell'elenco organismi accreditati |
| <input type="checkbox"/> | <u>INTESE</u> (agenzie formative, ordini professionali, associazioni imprenditoriale, aziende del settore, ecc...) (Indicare con chi vengono effettuate) | |
| <input type="checkbox"/> | IN PARTENARIATO CON ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS | |

| | | | |
|--------------------------|---|---|--|
| | (indicare il nominativo dell'Istituto) | N° iscrizione nell'elenco organismi accreditati | |
| | INTESE (agenzie formative, ordini professionali, associazioni imprenditoriale, aziende del settore, ecc...) (Indicare con chi vengono effettuate) | | |
| <input type="checkbox"/> | IN PARTENARIATO CON ENTE DI FORMAZIONE ACCREDITATO PER FS (indicare il nominativo dell'OdF) | N° iscrizione nell'elenco organismi accreditati | |

Tab. 3²

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| CORSO DIURNO | <input type="checkbox"/> | CORSO SERALE | <input type="checkbox"/> |
| CODICE CORSO N. | | CODICE COMPARTO N. | |
| DESCRIZIONE CORSO | | | |
| FIGURA PROFESSIONALE CODICE N. | | | |
| DESCRIZIONE FIGURA PROFESSIONALE | | | |
| N° ALLIEVI | | | |

Tab. 4^{3.1} - Riepilogo delle proposte di nuovi corsi – classi IV

| TIPOLOGIA DI PRESENTAZIONE PROGETTI | Indicare la denominazione | N° corsi richiesti Tab. 3 |
|--|---------------------------|---------------------------|
| ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS (Tab. 1) | | |
| IN PARTENARIATO CON ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS | | |
| IN PARTENARIATO CON ENTE DI FORMAZIONE ACCREDITATO PER FS | | |
| TOTALE CORSI RICHIESTI | | |

Tab. 4^{3.2} - Riepilogo delle proposte di nuovi corsi – classi V

| TIPOLOGIA DI PRESENTAZIONE PROGETTI | Indicare la denominazione | N° corsi richiesti Tab. 3 |
|--|---------------------------|---------------------------|
| ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS (Tab. 1) | | |
| IN PARTENARIATO CON ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO ACCREDITATO PER FS | | |

| | | |
|--|--|--|
| IN PARTENARIATO CON ENTE DI FORMAZIONE ACCREDITATO PER FS | | |
| TOTALE CORSI RICHIESTI | | |

-
1. Selezionare solo una delle tre opzioni. Nel caso in cui ci siano partenariati con Istituti o Enti di formazione diversi ripresentare il modello compilato per il numero dei partenariati.
 2. Predisporre e compilare tante tabelle 3 (denominandole 3.1, 3.2, ecc.) quanti sono i corsi da proporre.
 3. Compilare la Tabella 4.1 nel Modello 1 relativo alle classi IV e la Tabella 4.2 nel Modello 1 relativo alle classi V.

Data _____

Il Dirigente Scolastico

Indicare nome e cognome

MODELLO 2 – Lettera di avvio corsi - I modulo

(su carta intestata dell'Istituto)

Prot. n.
Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Direzione Istruzione
Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
30121 VENEZIA

Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Avvio corsi per OSS - I modulo.
Biennio formativo 2012/2014 - DDR di riconoscimento n. _____ del _____.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto _____, con sede legale in _____, relativamente ai corsi indicati di seguito:

| Corso n° | Tipo corso | Titolo | Ore | N° allievi | Sede | Data inizio |
|----------|------------|--------|-----|------------|------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

impegnandosi a realizzare i corsi suindicati in conformità alla L.R. 20/2001 ed alla D.G.R. n. 833/2004 e consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 - Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

- a) che il Responsabile del progetto è il Sig. _____ nato a _____ il _____ e che lo stesso è autorizzato fin d'ora a sottoscrivere tutta la documentazione inerente la gestione del corso, ad eccezione delle autocertificazioni sottoscritte ai sensi del DPR 445/2000 e dei verbali d'esame, con piena assunzione di responsabilità dello scrivente *(cancellare il punto b) se il Responsabile del progetto è il Dirigente Scolastico dell'istituto).*
- b) che gli allievi sono stati inseriti tramite l'applicativo "A 39 Monitoraggio allievi Web".

Si allega alla presente per ciascun corso:

- convenzione partenariato *(solo se l'Istituto Professionale non è accreditato).*

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28/12/2000 si allega alla presente istanza, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____
da _____.

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Indicare nome e cognome

Persona da contattare per informazioni: - tel.

MODELLO 3 – Registro presenze allievi



REGIONE DEL VENETO

DIREZIONE ISTRUZIONE

**CORSI PER
OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

Registro Presenze Allievi

Istituto: _____

Codice Ente _____ Corso. N.: _____ Tipo corso: _____

Titolo: _____

Sede: _____

Riconosciuto con DDR n. _____ del _____

Biennio Formativo: 2012-2014

Il presente registro è composto da pagine numerate dal n. _____ al n. _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico

Visto _____
Timbro dell'Istituto e firma

| N. | Cognome e nome dell'allievo¹ |
|-----------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| 22 | |
| 23 | |
| 24 | |
| 25 | |
| 26 | |
| 27 | |
| 28 | |
| 29 | |
| 30 | |

1. Inserire l'elenco degli allievi effettivi in ordine alfabetico.

Presenze del giorno _____

timbro

Pag. n. _____

_____ *Visto per vidimazione*

| N. | FIRMA all'inizio della lezione | FIRMA al termine della lezione | ORARIO DI LEZIONE – PROGRAMMA SVOLTO | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1 | | | dalle | alle |
| 2 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 3 | | | argomento _____ | |
| 4 | | | firma docente _____ | |
| 5 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| 6 | | | dalle | alle |
| 7 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 8 | | | argomento _____ | |
| 9 | | | firma docente _____ | |
| 10 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| 11 | | | dalle | alle |
| 12 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 13 | | | argomento _____ | |
| 14 | | | firma docente _____ | |
| 15 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| 16 | | | dalle | alle |
| 17 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 18 | | | argomento _____ | |
| 19 | | | firma docente _____ | |
| 20 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| 21 | | | dalle | alle |
| 22 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 23 | | | argomento _____ | |
| 24 | | | firma docente _____ | |
| 25 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| 26 | | | dalle | alle |
| 27 | | | area discipl./modulo _____ | |
| 28 | | | argomento _____ | |
| 29 | | | firma docente _____ | |
| 30 | | | firma doc. sostegno/ tutor _____ | |
| Note (entrate in ritardo, uscite anticipate, variazioni d'orario): | | | | |
| Totale presenze del giorno n. _____ | | Totale ore del giorno n. _____ | | Totale progressivo delle ore n. _____ |
| | | | | Visto del Responsabile del progetto _____ |

MODALITA' PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO DIDATTICO

- Il registro didattico, che attesta il regolare svolgimento delle attività corsuali, ha valenza di atto pubblico;
- sul registro si devono evitare omissioni e alterazioni che potrebbero costituire illeciti penali;
- si devono evitare abrasioni e/o cancellature;
- il registro deve essere compilato ogni giorno in tutte le sue parti;
- gli allievi devono apporre la loro firma al momento dell'entrata, e al momento dell'uscita e non prima della stessa;
- il registro deve riportare la data di lezione in ogni pagina;
- il docente, al termine della lezione sostenuta, deve annotare il modulo, l'argomento e l'orario della stessa ed apporre la propria sottoscrizione;
- in caso di entrata di un allievo a lezione iniziata, il docente deve annotare nell'apposito riquadro a fondo pagina, l'orario di ingresso;
- al termine di ogni giornata di lezione il docente deve apporre la dicitura "assente" sulle caselle firma degli allievi assenti o barrare le stesse;
- il prospetto riepiloghi delle presenze e delle ore svolte deve essere compilato ogni giorno al termine della giornata di lezione. Solamente per ragioni di ordine organizzativo, è data possibilità di aggiornare settimanalmente quest'ultima parte;
- il registro didattico deve essere conservato e disponibile per eventuali controlli presso la sede di svolgimento del corso; i fogli mobili degli allievi in fase di stage devono essere conservati e disponibili per eventuali controlli presso la sede di svolgimento dello stage.

MODELLO 5 – Elenco personale docente



REGIONE DEL VENETO

Cod. Ente: _____

CORSI PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Istituto: _____ Sede: _____

Corso n.: _____ Tipo corso: _____

Titolo: _____

Riconosciuto con DDR n. _____ del _____ Biennio Formativo: 2012-2014

ELENCO PERSONALE DOCENTE

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Titolo di studio | Disciplina/e di insegnamento | Tipo di contratto (dipendente, collaboratore ecc.) |
|----------------|-------------------------|------------------|------------------------------|--|
| | | Professione | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si dichiara inoltre che il personale suddetto è stato informato del trattamento dei relativi dati personali per i quali risulta espresso consenso ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D. Lgs 196/2003), affinché possano essere comunicati alle Amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o per svolgimento di attività istituzionali.

Luogo e data _____

Timbro dell'Istituto e firma del Responsabile del progetto

MODELLO 7 – Smarrimento registro presenze allievi/fogli mobili**REGIONE DEL VENETO***(su carta intestata dell'Istituto)*

Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
 Direzione Istruzione
 Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
 30121 VENEZIA

Inviare esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Corsi per OSS: smarrimento registro presenze allievi/registro individuale a fogli mobili per stage.
 Biennio formativo 2012-2014 - DDR di riconoscimento n. _____ del _____.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto
 _____, con sede legale in _____,

COMUNICA

di aver smarrito il registro/foglio mobile vidimato in data _____, relativo al corso indicato di seguito:

| Corso n° | Tipo corso | Titolo | Ore | N° allievi | Sede |
|----------|------------|--------|-----|------------|------|
| | | | | | |

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 47 e 48 del DPR n. 445 del 28/12/2000 - Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazione falsa o reticente,

DICHIARA

- che il registro/foglio mobile in questione è stato smarrito nelle circostanze di seguito indicate:

 _____ ;

- che l'attività si è svolta come indicato nel prospetto agli atti dell'Istituto riportante i dati contenuti nel registro/foglio smarrito.

Dichiara di essere consapevole che, qualora dai controlli dell'amministrazione regionale, di cui agli articoli 71 e ss. del D.P.R. 445/00, emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Ente rappresentato decade dai benefici eventualmente concessi.

Ai sensi dell'art. 38 della del DPR n. 445 del 28/12/2000 si allega alla presente istanza, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____ da _____

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Indicare nome e cognome

MODELLO 8 – Lettera di conclusione corsi - I modulo



(su carta intestata dell'Istituto)
Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Direzione Istruzione
Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
30121 VENEZIA

Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Corsi per OSS: conclusione corsi - I Modulo.
Biennio Formativo 2012-2014 - DDR di riconoscimento n. ____ del _____.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto
_____ con sede legale in _____,
consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000
- Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - in
caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che i corsi indicati di seguito si sono conclusi nelle date specificate a fianco degli stessi:

| Corso n° | Tipo corso | Titolo | Ore | N° allievi | Sede | Data conclusione |
|----------|------------|--------|-----|------------|------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ai sensi dell'art. 38 della del DPR n. 445 del 28/12/2000 si allega alla presente dichiarazione, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____
da _____.

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Indicare nome e cognome

| |
|--|
| Persona da contattare per informazioni: _____ - tel. _____ |
|--|

MODELLO 9 - Verbale di idoneità al II Modulo



REGIONE DEL VENETO

(su carta intestata dell'Istituto)

Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
 Direzione Regionale Istruzione
 Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
 30121 VENEZIA

Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Corsi per OSS: verbale di idoneità al II Modulo.
 Biennio Formativo 2012-2014 - DDR di riconoscimento n. _____ del _____.

| Cod. corso | Tipo corso | Titolo corso | Ore | Sede |
|------------|------------|--------------|-----|------|
| | | | | |
| | | | | |

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto _____, con sede legale in _____,

COMUNICA CHE

in data _____ il Collegio docenti composto da:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ha svolto gli scrutini relativi all'accertamento dell'idoneità al passaggio dal primo al secondo modulo di frequenza degli allievi del corso n. _____ per Operatore Socio-Sanitario riconosciuto con D.D.R. n. _____ del _____ della durata di 1000 ore, con i seguenti risultati:

| N. | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Valutazione |
|----|----------------|------------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MODELLO 10 – Lettera di avvio corsi - Il modulo



REGIONE DEL VENETO

(su carta intestata dell'Istituto)

Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
 Direzione Istruzione
 Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
 30121 VENEZIA

Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

Oggetto: Corsi per OSS: avvio corsi - Il modulo.
 Biennio Formativo 2012-2014 - DDR di riconoscimento n. _____ del _____.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto _____, con sede legale in _____,

DICHIARA

che i corsi indicati di seguito sono stati avviati nelle date specificate a fianco degli stessi:

| Corso n° | Tipo corso | Titolo | Ore | N° allievi | Sede | Data avvio |
|----------|------------|--------|-----|------------|------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

_____ *Indicare nome e cognome*

Persona da contattare per informazioni:

- tel.

MODELLO 12 – Lettera di conclusione corsi - II Modulo**REGIONE DEL VENETO***(su carta intestata dell'Istituto)*Prot. n.
Cod. Ente:Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Direzione Regionale Istruzione
Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
30121 VENEZIAInviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:
protocollo.generale@pec.regione.veneto.itOggetto: Corsi per OSS: conclusione corsi - II Modulo.
Biennio Formativo 2012-2014 - DDR di riconoscimento n. _____ del _____.Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto
_____ con sede legale in _____,
consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000
- Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - in
caso di dichiarazione mendace,**DICHIARA**1. che i corsi indicati di seguito si sono conclusi nelle date¹ specificate a fianco degli stessi:

| Corso n° | Tipo corso | Titolo | Ore | N° allievi | Sede | Data conclusione |
|----------|------------|--------|-----|------------|------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2. che le suddette azioni formative sono state realizzate in conformità alla L.R. 20/2001 ed alla D.G.R. n. 833/2004.

Ai sensi dell'art. 38 della del DPR n. 445 del 28/12/2000 si allega alla presente dichiarazione, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____
da _____.

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Indicare nome e cognome

1. Indicare la data riferita all'ultimo giorno di esami.

Persona da contattare per informazioni: _____ - tel. _____

MODELLO 13 – Richiesta di dichiarazione sostitutiva attestato di qualifica



REGIONE DEL VENETO

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Direzione Istruzione
Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
30121 VENEZIA

Oggetto: Richiesta rilascio dichiarazione sostitutiva di attestato di qualifica.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ avendo frequentato il corso
n. _____ per _____ tenuto dall'Ente
_____ con sede a _____ nell'anno formativo
_____ ,

CHIEDE

il rilascio di una dichiarazione sostitutiva dell'attestato di qualifica conseguito a conclusione del suddetto corso di formazione e rilasciato da codesta Struttura regionale.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi l'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

di aver smarrito il suddetto attestato di qualifica nelle circostanze di seguito indicate:
_____ ;

OVVERO

di aver smarrito il suddetto attestato di qualifica in luogo e data imprecisati.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28/12/2000 allega alla presente istanza, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:
tipo _____ n. _____ emesso il _____ da _____.

Allega inoltre una marca da bollo da Euro 14,62.

In fede.

Luogo e data _____

Firma
