

**MODULO DI ADESIONE IN PARTNERSHIP**

(da allegare alla domanda in caso di presentazione da parte di un Organismo di formazione non Istituto scolastico)

DGR n. ____ del __/__/____

Verso la qualifica di OSS.**Percorsi di integrazione delle competenze per diplomati degli Istituti scolastici ad indirizzo servizi socio sanitari****Descrizione del partner (Istituto scolastico)**

Denominazione: _____

Natura giuridica: _____

Tel: _____ Fax: _____

e-mail: _____ PEC: _____

Partner già accreditato in Regione del Veneto ai sensi della L.R. n. 19/2002 NO € SI €

Se accreditato indicare cod. accreditamento _____ e cod. Ente _____

Referente del partner

Tel: _____ Fax: _____ Cell: _____

e-mail: _____

Presentazione del partner (esperienza specifica)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a

_____ domiciliato presso _____

nella qualità di legale rappresentante¹ dell'Istituto scolastico _____

con sede legale in _____ cap. _____ via _____

CF _____ P.IVA _____,

¹ Se persona diversa dal legale rappresentante, allegare atto di procura, in originale o in copia conforme.

DICHIARA

- a) di essere membro della rete degli IPS ad indirizzo servizi socio sanitari del Veneto;
- b) di essere partner del percorso formativo in oggetto;
- c) di condividerne pertanto obiettivi, finalità e strumenti;
- d) di aver affidate le seguenti funzioni per un monte/ore complessivo pari a: _____, specificate come segue:

funzioni	n. ore

Legenda delle funzioni:

1. Progettazione e sviluppo;
2. Formazione/Docenza;
3. Tutoring.

Luogo e data _____

Timbro dell'Istituto scolastico
e firma in originale del Legale Rappresentante

Qualora l'Ente partner intenda partecipare al bando di accreditamento ai sensi della L.R. n. 19/2002 si suggerisce di conservare le seguenti evidenze documentali: contratti/lettere d'incarico del personale coinvolto nell'erogazione delle attività formative e copie dei registri d'aula.

