

ALLEGATO 3 ALLA DELIBERA n. _____ DEL _____

SCHEMA PER LA COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DI UNA SEDE TEMPORANEA PER LO SVOLGIMENTO DI MODULI TEORICI E PRATICI DI PERCORSI ASA, OSS, SUPER OSS E ASO

COMUNICAZIONE RESA DALL'OPERATORE ACCREDITATO CHE INTENDE ATTIVARE UNA SEDE TEMPORANEA PER UN MODULO TEORICO E/O PRATICO DI UN PERCORSO ASA, OSS, SUPER OSS E ASO

Alla Regione Lombardia Direzione Generale
Formazione e Lavoro
P.zza Città di Lombardia, 120124
Milano

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale n. _____

in qualità di legale rappresentante dell'ente _____

con sede legale in _____ Via _____

n. civico _____ Cap _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

Telefono _____ PEC. _____ E-MAIL _____

Ente accreditato in sezione B con ID _____

COMUNICA

Che svolgerà il **modulo teorico** del percorso per

- ☐ Ausiliario Socio-Assistenziale (ASA) ID Corso _____
- ☐ Operatore Socio-Sanitario (OSS) ID Corso _____
- ☐ Percorso sperimentale di formazione complementare in assistenza sanitaria dell'operatore socio-sanitario (Super OSS) ID Corso _____
- ☐ Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO) ID Corso _____

presso la struttura dell'ente (Denominazione ente _____)

Tipologia della struttura ospitante:

- ☐ Residenze Socio-Assistenziali ed altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- ☐ altri enti accreditati alla formazione Sezione A e Sezione B;
- ☐ enti locali (Comuni, Unioni di Comuni, Informagiovani, ecc.);
- ☐ Centro per l'impiego
- ☐ Camere di Commercio;

- ☐ istituzioni scolastiche e formative (quali Università pubbliche e private, fondazioni ITS, Scuole secondarie di secondo grado pubbliche e private, Centri Provinciali di Istruzione per gli Adulti (CPIA), ecc.);
- ☐ enti del sistema regionale di cui alla l.r. n. 30 del 27 dicembre 2006 e ss.mm.ii);
- ☐ sale meeting e congressi o sale aziendali adeguatamente attrezzate per l'erogazione di attività formative;

nei locali siti in via _____ n. ____ città _____ Prov. _____
e che il percorso si svolgerà dal ____ al ____ secondo il calendario allegato che reca suddivisione delle ore di formazione teoriche e pratiche nonché del tirocinio.

COMUNICA altresì

Che svolgerà il **modulo di esercitazioni pratiche** del percorso per

- ☐ Ausiliario Socio-Assistenziale (ASA)
- ☐ Operatore Socio-Sanitario (OSS)
- ☐ Percorso sperimentale di formazione complementare in assistenza sanitaria dell'operatore socio-sanitario (Super OSS)
- ☐ Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO)

presso la RSA o ente del SSN (Denominazione ente _____)
sito in via _____ n. ____ città _____ Prov. _____
e che il percorso si svolgerà dal ____ al ____ secondo il calendario allegato che reca suddivisione delle ore di formazione teoriche e pratiche nonché del tirocinio.

DICHIARA

- ☐ Che nella sede temporanea indicata sono garantiti i requisiti inerenti all'adeguatezza dei locali;
- ☐ Che la responsabilità in materia di sicurezza, oltre che di idoneità igienico sanitaria e accessibilità dei disabili, della sede temporanea e degli spazi di svolgimento dei moduli pratici, è in capo al legale rappresentante dell'ente accreditato
- ☐ Che la rispondenza degli spazi utilizzati - ai fini della sicurezza, della prevenzione incendi e della idoneità igienico sanitaria - resta responsabilità esclusiva del Legale Rappresentante dell'Ente che ha valutato l'effettiva necessità dell'utilizzo di una sede temporanea;
- ☐ Di aver comunicato il calendario FAD secondo le disposizioni di cui alla DGR 6380/2022 smi (barrare solo in caso di attivazione della FAD)

Si allega:

- o l'autocertificazione sottoscritta dal legale rappresentante della struttura ospitante;
- o l'accordo sottoscritto tra l'ente accreditato e la struttura ospitante;
- o il calendario del corso, con indicazione delle giornate, dei moduli (teoria, pratica, tirocinio) e dell'eventuale FAD;
- o la planimetria della/e aule/e utilizzata/e debitamente sottoscritte dal legale rappresentante della struttura ospitante.

Luogo e data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA OSPITANTE, resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale n. _____

in qualità di legale rappresentante dell'ente _____

con sede legale in _____ Via _____

n. civico _____ Cap _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

Telefono _____ PEC. _____ E-MAIL _____

Con riferimento al modulo teorico del percorso per:

- ☐ Ausiliario Socio-Assistenziale (ASA) ID Corso _____
- ☐ Operatore Socio-Sanitario (OSS) ID Corso _____
- ☐ Percorso sperimentale di formazione complementare in assistenza sanitaria dell'operatore socio-sanitario (Super OSS) ID Corso _____
- ☐ Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO) ID Corso _____

svolto dall'operatore accreditato (ID e denominazione _____)

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- ☐ che la propria struttura è dotata di spazi idonei (aule) opportunamente attrezzati allo svolgimento delle attività di formazione teorica in aula;
- ☐ che tali spazi sono messi a disposizione dell'ente di formazione accreditato-Sezione B consentendo l'accesso al personale dell'ente e ai discenti;
- ☐ che gli spazi a disposizione dei discenti garantiscono il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di igiene, salute e sicurezza e accessibilità per le persone con disabilità;
- ☐ che durante le ore di formazione teorica in aula ai discenti del percorso non sarà per alcun motivo consentito l'accesso agli spazi dedicati agli ospiti e ai pazienti della RSA / ente del SSN.

DICHIARA ALTRESI'

- che le ore di formazione teorica in aula svolte presso gli spazi di cui sopra è pari a _____
- che le ore di formazione pratica svolte presso gli spazi di cui sopra è pari a _____
- che il corso sarà svolto nel pieno rispetto dell'accordo stipulato con l'ente accreditato e secondo il calendario trasmesso a Regione Lombardia

Luogo e data _____

Firma _____