

SCHEMA PER LA COMUNICAZIONE DA PARTE DELL'ENTE ACCREDITATO ALLA FORMAZIONE DI ATTIVAZIONE DI SEDI AUSILIARIE PER LO SVOLGIMENTO DI PERCORSI FORMATIVI PER L'OTTENIMENTO DELLA QUALIFICA DI AUSILIARIO SOCIO-ASSISTENZIALI (ASA) O OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS), MODULI TEORICI E PRATICI

Alla Regione Lombardia
Direzione Generale Istruzione 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 attiverà una sede ausiliaria per lo svolgimento del **modulo teorico** del percorso per:
- Ausiliario Socio-Assistenziale (ASA) ID Corso _____
 - Operatore Socio-Sanitario (OSS) ID Corso _____

Presso:

- locali o spazi di proprietà oppure in disponibilità in forza di un contratto di locazione, di usufrutto, di comodato d'uso, in uso esclusivo all'ente stesso e utilizzati esclusivamente per percorsi formativi per l'ottenimento della Qualifica di Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) o di Operatore Socio Sanitario (OSS);
- la struttura di ente terzo ospitante (Denominazione ente _____)

Tipologia dell'ente terzo ospitante:

- Residenze Socio-Assistenziali ed altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- altro ente già accreditato da Regione Lombardia per l'erogazione di servizi formativi;

- ente locale (Comune, Unione di Comuni, Comunità montana, Informagiovani, ecc.);
- Centro per l'Impiego
- Camera di Commercio;
- istituzione scolastica e formativa (Università pubblica e privata, Fondazione ITS Academy, Scuola secondaria di secondo grado statale e paritaria, Centro Provinciale di Istruzione per gli Adulti);
- ente del sistema regionale di cui alla l.r. n. 30 del 27 dicembre 2006 e s.m.i);
- sala riunioni e congressi;
- spazio disponibile presso sede aziendale privata;

nei locali siti in via _____ n. ____ città _____ Prov. _____

e che il percorso si svolgerà dal _____ al _____ secondo il calendario allegato che reca la 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) ID Corso
 - Operatore Socio-Sanitario (OSS) ID Corso

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 ausiliaria sopra indicata gli spazi sono opportunamente attrezzati allo svolgimento delle attività di formazione;
- che la responsabilità in materia di sicurezza, ivi compresa la normativa antincendio, di idoneità igienico sanitaria e accessibilità dei disabili, della sede ausiliaria e degli spazi di svolgimento dei moduli pratici, è in capo a me, in qualità di Legale Rappresentante dell'ente accreditato che ha attivato la sede ausiliaria presso l'ente terzo ospitante;

di aver comunicato il calendario FAD secondo le disposizioni di cui alla d.g.r. 6380/2022 s.m.i. (barrare solo in caso di attivazione della FAD)

Si allega:

- l'autocertificazione sottoscritta dal Legale Rappresentante della struttura ospitante, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445, di essere conforme ai requisiti richiesti;
- il calendario del corso, con indicazione delle giornate, dei moduli (teoria, pratica, tirocinio) e dell'eventuale FAD.

Luogo e data _____

Firma _____

SCHEMA DI AUTOCERTIFICAZIONE RESO DALLA STRUTTURA OSPITANTE AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. N. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, CIRCA IL POSSESSO DEI REQUISITI INDICATI

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 _____

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 accreditato da Regione Lombardia per l'erogazione di servizi formativi - Sezione B consentendo l'accesso al personale dell'ente e ai discenti;
- che gli spazi a disposizione del personale dell'ente e dei discenti garantiscono il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di sicurezza, ivi compresa la normativa antincendio, di idoneità igienico sanitaria e accessibilità dei disabili;
- 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 sono pari a:

- che le ore di formazione pratica svolte presso gli spazi di cui sopra sono pari a:

- che il corso sarà svolto nel pieno rispetto della normativa regionale e secondo il calendario trasmesso a Regione Lombardia

Luogo e data _____

Firma _____