



**REGIONE
PUGLIA**



Destinatario:

Sezione Formazione Professionale
 Responsabile di Sub-azione 9.8.a POR Puglia FESR-FSE 2014-2020
 PEC: **fse.avviso1_2018@pec.rupar.puglia.it**
 e p.c. Servizio Programmazione della Formazione Professionale
 mail: **a.demartino@regione.puglia.it**

Oggetto: Avviso pubblico n. 1/FSE/2018 - “Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)” POR PUGLIA – FESR FSE 2014/2020 - approvato con Decisione C (2015) 5854 del 13/08/2015, Asse prioritario IX - Azione 9.8 approvato con Atto Dirigenziale n. 59 del 24/01/2018 pubblicato in B.U.R.P. n. 17 del 1/02/2018 – graduatoria: A.D. n. ___ del ___/___/2018 (BURP n. ___ del ___/___/201___) - Richiesta nomina commissione d’esame in modalità “a distanza” (secondo le disposizioni di cui all’AD n. _____ del _____)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
 _____ e residente in _____ Via _____ in qualità di Legale
 rappresentante dell’Organismo formativo _____, con sede legale in
 _____ alla via /piazza _____ n. _____ cf/p.iva _____ il
 quale, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal dPR n. 445/2000, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati;

PREMESSO CHE

- ✓ la Sezione Formazione Professionale della Regione Puglia con A.D. n. 59 del 24/01/2018 (BURP n. 17 del 01/02/2018) e s.m.i. ha approvato l’Avviso pubblico n. 1/FSE/2018 “Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)” a valere sull’Azione 9.8 del POR PUGLIA FESR FSE 2014-2020;
- ✓ ha approvato con propria determinazione n. ___ del ___/___/___, pubblicata sul BURP n. ___ del ___/___/___, l’Elenco degli organismi formativi autorizzati all’erogazione di formazione;
- ✓ il Beneficiario, come sopra individuato e rappresentato, risulta utilmente inserito nel precitato elenco per la realizzazione del corso denominato _____ CODICE _____;

DICHIARA CHE

- ✓ lo scrivente Organismo di formazione intende garantire la realizzazione degli esami finali attraverso l’utilizzo della piattaforma _____, che risulta adeguata dal punto di vista metodologico, tecnologico e contenutistico;
- ✓ l’utilizzo della ridetta piattaforma garantisce l’attività della Commissione “a distanza” e l’attuazione delle prove “a distanza” secondo le modalità indicate dalla Regione con A.D. n. _____ del _____ e s.m.i. e le disposizioni di cui all’Accordo in Conferenza delle Regioni e Province Autonome del 31/03/2020;



**REGIONE
PUGLIA**



- ✓ il rappresentante dell'Organismo formativo in seno alla Commissione è _____ ruolo nel corso _____;
- ✓ per lo svolgimento delle prove d'esame propone le seguenti date: _____;

SI IMPEGNA A

- ✓ assicurare il tracciamento delle presenze e delle attività svolte dai componenti e dai candidati attraverso la stessa piattaforma ovvero, anche attraverso l'uso di supporti esterni (es. video/audio registrazioni, verbalizzazione delle presenze);
- ✓ assicurare che ciascun componente della Commissione e ciascun candidato possa accedere alla sessione d'esame attraverso la disponibilità di strumentazione hardware e software per consentire la partecipazione in videoconferenza;
- ✓ comunicare tempestivamente gli orari di svolgimento delle giornate di esame, o eventuali variazioni, ai componenti della Commissione e ai candidati, garantendo la soluzione di eventuali problematiche tecniche che dovessero insorgere;
- ✓ garantire, mediante idonee soluzioni tecniche, la profilazione dell'utente nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali e della *privacy* e un'interfaccia di comunicazione con l'utente per fornire, in modo continuo nel corso dell'erogazione dell'esame, assistenza, interazione, usabilità e accessibilità;
- ✓ assicurare che l'Amministrazione regionale, per l'esercizio delle proprie funzioni di controllo di cui all'art. 125 par. 5, lett. a) e b) del Regolamento (UE) n. 1303/2013, possa accedere alla piattaforma FAD e possa consultare i riepiloghi dettagliati relativi agli accessi degli allievi, dei componenti della Commissione e dei tutor sino ai termini stabiliti dall'art. 140 del Regolamento (UE) n. 1303/2013.
- ✓ garantire, fermo restando l'applicazione integrale di tutte le prescrizioni e sanzioni contenute nell'atto unilaterale d'obbligo, che l'attuazione degli esami finali in modalità "a distanza" sia documentata dal registro didattico, dai verbali di esame e da appropriati elementi probatori che consentano di accertare gli orari di partecipazione alle videoconferenze attivate. In particolare, con riferimento a questi ultimi, la partecipazione degli allievi verrà comprovata dalla produzione, in formato *excel*, per ogni giornata d'esame degli orari di accesso degli utenti e dell'indirizzo degli stessi.

Denominazione Soggetto Attuatore/Beneficiario: _____

CUP: _____



**REGIONE
PUGLIA**



Codice pratica: _____

Codice progetto: _____

Codice MIR: _____

Denominazione Qualifica: Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Denominazione Corso:

Sede del corso:

_____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

Ore complessive corso: **1.000**

ore svolte:

ore da svolgere:

data inizio corso:

data ultima prevista:

estremi approvazione Progetto con la Qualifica richiesta:

numero allievi inizio corso:

numero allievi fine corso:

DATE PROPOSTE PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE D'ESAME:

GG.

MESE:

ANNO:

DOCENTE DEL CORSO DESIGNATO PER L'ESAME: 1

CONTENUTI DEL CORSO (MATERIE)

TEORIA		DOCENTE
DENOMINAZIONE	DURATA IN ORE	COGNOME E NOME
PRATICA		DOCENTE
DENOMINAZIONE	DURATA IN ORE	COGNOME E NOME



**REGIONE
PUGLIA**



TOTALE DURATA DEL CORSO (ORE)	
--------------------------------------	--

TIROCINIO PRATICO:

- DURATA (in ore) **Nome dell'organizzazione/Azienda/e:**
SEDE:

ALTRE ESPERIENZE PRATICHE

DURATA (in ore) **SEDE:**
MODALITA':

PROFILO PROFESSIONALE DELLA QUALIFICA:

Firma digitale del legale rappresentante