REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO, ISTRUZIONE E FORMAZIONE

SEZIONE FORMAZIONE

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Monica Calzetta 06.12.2022 15:12:02 GMT+00:00

ATTO DIRIGENZIALE

La presente determinazione, ai sensi del comma 3 art. 20 DPGR n.22/2021,e ss.mm.ii., è pubblicata in data odierna all'Albo di questa Sezione dove resterà affissa per dieci giorni lavorativi consecutivi.

BARI, 06/12//2022

Codifica adempimenti L.R. 15/08 (trasparenza)	
Ufficio istruttore	**x** Dirigente della Sezione ☐ Servizio Programmazione della Formazione ☐ Servizio Gestione, Contabilità e Controlli delle Azioni Formative
Tipo materia	☐ POR Puglia FESR - FSE 2014-2020 ☐ Garanzia Giovani
Privacy	☐ SI x NO
Pubblicazione integrale	x SI ☐ NO
D. Lgs n. 33/2013	☐ SI x NO

N. 2006 del 06/12 /2022
del Registro delle Determinazioni

Codice CIFRA: 137/DIR/2022/2006

Oggetto: DGR n°1782 del 30/11/2022 "Figura Professionale "Operatore Socio Sanitario – OSS" - Disposizioni regionali per la realizzazione degli interventi formativi autofinanziati finalizzati al conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario - APPROVAZIONE MODULISTICA

VISTI gli artt. 4, 5 e 6 della Legge Regionale n.7 del 4.02.1997;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n.3261/98;

VISTI gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;

VISTO l'art. 32 della Legge 18.06.2009, n. 69, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;

VISTO il D.lgs. n. 196 del 2003 - "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e ss. mm. ed ii.;

Visti gli artt. 20 e 21 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD), di cui al D.L.gs n. 82/2005, come modificato dal D.lgs 13 dicembre 2017 n. 217;

Richiamati:

- DGR n. 2273 del 13 novembre 2012 "Indirizzi generali per la creazione del Sistema Regionale delle Competenze e istituzione del Comitato Tecnico regionale";
- DGR n. 327 del 07 marzo 2013 "Istituzione del Repertorio Regionale delle Figure Professionali. Impianto descrittivo metodologico";
- DGR n. 622 del 30 marzo 2015 "Approvazione Linee guida per lo svolgimento degli esami di Qualifica in esito ai percorsi di formazione che hanno a riferimento le Figure Professionali comprese nel Repertorio Regionale delle Figure Professionali (RRFP)";
- LR 30 ottobre 2015, n.31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale) e LR n. 9 del 27.05.2016 recante"Disposizioni per il completamento del processo di riordino previsto dalla legge regionale";
- D.G.R. n. 1147 del 26/07/2016 "Approvazione delle "Linee Guida per la costruzione del Sistema di Validazione e Certificazione delle Competenze della Regione Puglia (SVCC-RP)";
- Atto Dirigente Servizio Formazione professionale n. 686 del 09/08/2016 di approvazione del "Repertorio Regionale delle Qualificazioni professionali e dei Percorsi disciplinati sulla base di specifiche Norme di settore" (RRQPN).

Premesso che

- con DGR n. 1323 del 02/08/2017, la Giunta Regionale ha inteso provvedere ad una ridefinizione delle funzioni e delle procedure per l'autorizzazione di attività formative autofinanziate abrogando la precedente DGR n. 172/2007 e adottando le nuove disposizioni per il "Riconoscimento dei corsi di formazione professionale autofinanziati" e per la gestione degli stessi, con i relativi format;
- con successivo Atto della Dirigente della Sezione formazione Professionale n. 1134 del 26/09/2017, sono state fornite indicazioni operative in merito all'applicazione delle nuove disposizioni di cui alla suddetta DGR;
- con A.D. n. 397 del 06/04/2018 è stato adottato l'"Atto di riorganizzazione della Sezione Formazione Professionale – Delega delle funzioni in materia di formazione autofinanziata alla Dirigente del Servizio Programmazione della Formazione Professionale" ex comma 1 art. 45, L.R. n. 10/2007;
- Con DGR n. 1576 del 30/09/201 " Conferimento incarichi di Direzione delle Sezioni di dipartimento ai sensi del art. 22, comma 3 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22/01/2021, n.22" è stato conferito incarico di Dirigente della Sezione Formazione all'Avv. Monica Calzetta;
- Con A.D. n. 9 del 04/03/2022 "Conferimento incarichi di direzione dei servizi delle Sezioni dei Dipartimento ai sensi del art. 22, comma 3 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22/01/2021, n.22" si nomina ad interim, dal 01/03/2022, Dirigente del Servizio Programmazione della Formazione Professionale, la dirigente della Sezione Formazione, Avv Monica Calzetta;
- con DGR n. 879 del 29/05/2018, pubblicata sul BURP n. 84 del 25/06/2018 avente ad oggetto "*Disposizioni per il "Riconoscimento dei corsi di formazione professionale autofinanziati" di cui alla DGR n.1323/2017 -*

Approvazione modifiche." sono state apportate modifiche alle precedenti linee guida in esito ad un primo periodo di sperimentazione delle modalità introdotte con la DGR 1323/2017;

- con Atto Dirigenziale n.1029 del 9.06.2020 "Accreditamento degli Organismi formativi (Linee Guida emanate con DGR n.1474 del 2 agosto 2018 e DGR n.358 del 26 febbraio 2019 - A.D. Sezione Formazione Professionale dell'11 giugno 2019, n.653). Disposizioni attuative per decorrenza dei termini di presentazione delle istanze di conferma dell'accreditamento ", sono stati approvati gli elenchi degli Organismi Formativi che hanno ottemperato e di coloro che non hanno ottemperato alle disposizioni transitorie dettate all'art.15 della DGR 358/2019 in tema di accreditamento;
- Con DGR n. 410 del 28/03/2022 "Recepimento Accordo fra le Regioni e le Province Autonome sulle Linee Guida relative alla modalità di erogazione della formazione teorica, a distanza e in presenza, per le professioni/attività regolamentate la cui formazione è in capo alle Regioni e Province Autonome" è stato recepito l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni che disciplina la modalità di erogazione della formazione, in presenza e in FAD, e di espletamento degli esami finali in regime ordinario e detta disposizioni per la gestione della fase transitoria successiva alla data di cessazione dello stato d'emergenza sanitaria (31/03/2022).
- Con DGR n. 884 del 20 giugno 2022 "Recepimento ACCORDO in CONFERENZA STATO REGIONI del 28/04/2022 n. 22/82/CR4ter/C17/C7 "Accordo fra le Regioni e le Province Autonome sulle Linee Guida relative alle modalità di svolgimento dei tirocini curriculari nell'ambito dei corsi di formazione regolamentati", la Regione Puglia si è uniformata alle regole che disciplinano le modalità di svolgimento dei tirocini curriculari dei corsi di formazione regolamentati alle disposizioni vigenti a livello nazionale

VISTA la relazione di seguito riportata:

La figura dell'Operatore Socio Sanitario e il relativo ordinamento didattico, sono stati definiti dall' Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 in conformità ai contenuti degli artt. da 1 a 13 del Decreto 18 febbraio 2000 del Ministero della Sanità.

La Regione Puglia ha recepito il predetto Accordo con Regolamento Regionale n. 28/2007 e ha consentito l'attuazione di percorsi formativi di Operatore Socio Sanitario solo ed esclusivamente in esito a specifici Avvisi pubblici a valere su risorse pubbliche.

Con Regolamento Regionale 12 agosto 2022, n. 8 è stato modificato il Regolamento Regionale n. 28/2017 allo scopo di autorizzare l'erogazione dei corsi O.S.S. in modalità autofinanziata ai sensi della DGR n. 879 del 29/05/2018, avente ad oggetto "*Disposizioni per il "Riconoscimento dei corsi di* formazione professionale autofinanziati" di cui alla DGR n.1323/2017 - Approvazione modifiche."

Con **Deliberazione della Giunta Regionale n. n°1782** del 30/11/2022 ***Figura Professionale "Operatore Socio Sanitario – OSS" (Regolamento Regionale 18 dicembre 2007, n. 28 e ss.mm.ii.) – Disposizioni attuative per la realizzazione dei corsi di formazione autofinanziati ai sensi della D.G.R. n. 879 del 29/5/2018 e per il riconoscimento dei crediti formativi (Titoli pregressi e/o esperienza professionale)",*** la Giunta regionale ha approvato **l'Allegato A** "**DISPOSIZIONI REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI AUTOFINANZIATI FINALIZZATI AL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO"** demandando l'adozione dei relativi format a successivi atti del Dirigente della Sezione Formazione.

Tanto, al fine di rendere i format, già in uso ai sensi della D.G.R. n. 879/2018, coerenti con le specificità del corso O.S.S. derivanti dall'Accordo nazionale, dal Regolamento Regionale n. 8/2022 e dalla DGR n. 1789/2022.

Parimenti, con successivo atto del Dirigente della Sezione sarà approvata anche la modulistica relativa all'Allegato B DISPOSIZIONI ATTUATIVE PER IL RICONOSCIMENTO DELLE COMPETENZE ACQUISITE MEDIANTE TITOLI PREGRESSI E/O ESPERIENZA PROFESSIONALE IN TERMINI DI CREDITI PER LA FREQUENZA DEL CORSO DI FORMAZIONE PER "OPERATORE SOCIO SANITARIO".

Al fine dunque di consentire la presentazione delle istanze relative al riconoscimento e all'autorizzazione all'avvio dei corsi OSS in modalità autofinanziata ai sensi della DGR n. 879/2018l, come disposto nella **Deliberazione della Giunta Regionale n. n°1782** del 30/11/2022 e specificamente **nell'Allegato A DISPOSIZIONI REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI AUTOFINANZIATI FINALIZZATI AL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO**, si ravvisa la necessità di approvare la modulistica relativa al dispositivo e di renderla disponibile sul portale istituzionale.

Per tutti i format e gli allegati che non risultano modificati dall'intervenuta norma, si rimanda alla modulistica già approvata con DGR n. 879/2018.

Tanto premesso e considerato, con il presente atto si sottopone l'adozione della seguente proposta:

- **di approvare** i format (Allegato istanza di riconoscimento corso, Allegato 1 Formulario, Allegato 2 Costituzione RTS/RTI, ATS/ATI, Allegato 3 Dichiarazione esperienza, Allegato 4, Allegato 5, Allegato 6, Allegato 7), parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, relativi alle procedure di realizzazione dei percorsi formativi per Operatore Socio Sanitario, in ottemperanza a quanto disposto nella **Deliberazione della Giunta Regionale n. n°1782** del 30/11/2022 e specificamente **nell'Allegato A DISPOSIZIONI REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI AUTOFINANZIATI FINALIZZATI AL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO**;

- **di dare atto** che per tutti i format non espressamente approvati con il presente provvedimento, si rinvia alla modulistica già adottata con D.G.R. n. 879/2018;

- **di rendere disponibile** i format, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, nella pagina dedicata alle attività autofinanziate del portale istituzionale www.sistema.puglia.it;

allo scopo si attesta:

- Che il presente procedimento istruttorio e lo schema di determinazione, rispettano le norme vigenti.

- Che il presente documento è stato sottoposto a verifica per la tutela dei dati personali secondo la normativa vigente, [e che è stato predisposto documento "per estratto" che deve essere utilizzato per la pubblicità legale].
- Che non sussiste conflitto di interessi ai sensi degli artt. 6bis Legge n. 241/90 ss.mm.ii.

Il Funzionario responsabile
P.O. "Formazione professionale autofinanziata e riconoscimento RSO"
Francesca De Rocco

Firmato digitalmente da:
FRANCESCA DE ROCCO
Regione Puglia
Firmato il: 06-12-2022 13:39:35
Seriale certificato: 885481
Valido dal 20-01-2021 al 20-01-2024

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs 196/03
Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo pretorio on-line, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso al documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza del cittadini, secondo quanto disposto dal regolamento (UE) n. 679/2016 e dal digs n. 196/03 e s.m.i. in materia di protezione dei dati personali. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da eitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari catagorie di dati previste dagli articoll 9 a 10 del succitato Regolamento (UE).

Adempimenti contabili di cui alla L.R. n.28/01 e successive modificazioni ed integrazioni

Non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento dal bilancio regionale.

LA DIRIGENTE

Letta la relazione che precede e quanto in premessa riportato;
Vista l'istruttoria espletata
Ritenuto dover provvedere nel merito

DETERMINA

- Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente dispositivo anche quale motivazione ai sensidell'art.3 L.241/1990 ss.mm.ii;

- **di approvare** i format (Allegato istanza di riconoscimento corso, Allegato 1 Formulario, Allegato 2 Costituzione RTS/RTI, ATS/ATI, Allegato 3 Dichiarazione esperienza, Allegato 4, Allegato 5, Allegato 6, Allegato 7), parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, relativi alle procedure di realizzazione dei percorsi formativi per Operatore Socio Sanitario, in ottemperanza a quanto disposto nella **Deliberazione della Giunta Regionale n. n°1782** del 30/11/2022 e specificamente **nell'Allegato A DISPOSIZIONI REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI AUTOFINANZIATI FINALIZZATI AL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO**;
- **di dare atto** che per tutti i format non espressamente approvati con il presente provvedimento, si rinvia alla modulistica già adottata con D.G.R. n. 879/2018;

- **di rendere disponibile** i format, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, nella pagina dedicata alle attività autofinanziate del portale istituzionale www.sistema.puglia.it;

Il presente provvedimento, redatto in unico originale, composto da n. 5 pagine più'allegato composto da n. 28 pagine (Allegato istanza di riconoscimento corso, Allegato 1 Formulario, Allegato 2 Costituzione RTS/RTI, ATS/ATI, Allegato 3 Dichiarazione esperienza, Allegato 4, Allegato 5, Allegato 6, Allegato 7), per un totale di n. 33 pagine:

a) è immediatamente esecutivo;
b) sarà pubblicato, sul portale www.sistema.puglia.it;
c) sarà pubblicato (per estratto) nel sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it, nella Sezione "Amministrazione trasparente";
d) sarà pubblicato sul portale www.sistema.puglia.it, nell'area riservata "DIOGENE", per la dovuta notifica all'Assessore al ramo e agli uffici della Sezione per gli adempimenti di competenza;

La Dirigente della Sezione
Avv. Monica Calzetta

ALLEGATO ISTANZA DI RICONOSCIMENTO CORSO

Alla Regione Puglia
Dipartimento Politiche del Lavoro,
Istruzione e Formazione
Sezione Formazione
Via Corigliano, 1, Z.I.
70132 – Bari
Pec:……..

Oggetto: Istanza di riconoscimento corso

Il sottoscritto _____, in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente _____, in possesso del provvedimento di:

☐ Accreditamento _____

estremi del provvedimento

oppure

Il sottoscritto _____, in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente _____, in possesso del provvedimento di:

☐ Accreditamento _____

in qualità di **capofila del RTS** composto da

…..

…..

…..

nel rispetto delle disposizioni di cui alla D.G.R n. 1782 del 30/11/2022 e della D.G.R. n.879 del 29/05/2018

CHIEDE

il riconoscimento delle seguenti Azioni Formative:

n. ordine	**Tipologia:** - Qualifica - Abilitazione - Altro	**Denominazione del corso**	**Classificazione:** - Codice Min.le - Isfol - Istat - CCNL	**Numero Allievi**	**Totale Ore Corso**	**Sede Operativa**	**Indirizzo**	**Note**

A tal fine allega il relativo Formulario Progetto Corso.

Luogo e data

Firma digitale del Legale Rappresentante

Allegato 1

Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione

SEZIONE FORMAZIONE

FORMULARIO DI PRESENTAZIONE PROGETTI ATTIVITA' FORMATIVE AUTONOMAMENTE FINANZIATE RELATIVE ALLA QUALIFICAZIONE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO

CODICE CORSO	
DENOMINAZIONE FIGURA PROFESSIONALE	
DENOMINAZIONE SINTETICA del CORSO	
DURATA DEL CORSO	
ORGANISMO FORMATIVO PROPONENTE (denominazione)	
TIPOLOGIA DI ACCREDITAMENTO/RSO	□ ACCREDITATO con AD Dirigente Sezione Formazione Professionale Regione Puglia n…del… □ RSO con AD Dirigente Sezione Formazione Professionale Regione Puglia n…del…
SEDE DI SVOLGIMENTO	
INDIRIZZO PEC (l'O.F. dovrà dotarsi di indirizzo do posta elettronica certificata per le comunicazioni istituzionali)	

1. DATI IDENTIFICATIVI E DI SINTESI DEL PROGETTO

1.1 STANDARD DI RIFERIMENTO PER LA PROGETTAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

DENOMINAZIONE FIGURA[1]:	
SETTORE DI RIFERIMENTO[2]	
REFERENZIAZIONI STATISTICHE (ove presenti) **ATECO** **ISTAT/NUP**	
DURATA CORSO IN ORE IN MESI, IN ANNI	
RIFERIMENTI NORMATIVI	
TIPOLOGIA DI ATTESTAZIONE IN ESITO ***(COMPILARE UNA DELLE DUE SEZIONI DI SEGUITO IN RELAZIONE ALLO STANDARD DI RIFERIMENTO DEL CORSO CHE SI PROPONE)***	
ATTESTAZIONE FINALE come da RRQPN	□ **QUALIFICA** □ **ABILITAZIONE** □ **FREQUENZA** □ **IDONEITA'**
ATTESTAZIONE FINALE come da specifiche normative di settore	□ **QUALIFICA**

[1] si riporta la denominazione della figura di riferimento del percorso ed il relativo CODICE, come codificati 1) nel Repertorio Qualifiche e Percorsi Normati (RQPN) oppure 2) disciplinata da specifiche normative di settore

[2] si riportano gli elementi afferenti alla figura di riferimento del corso, come codificata nel RQPN oppure disciplinata da specifiche normative di settore

	□ **ABILITAZIONE** □ **FREQUENZA** □ **IDONEITA'**
DESTINATARI	
Numero previsto di destinatari **(*non superiore a quanto previsto nel provvedimento di accreditamento/RSO)***	
REQUISITI MINIMI DI INGRESSO DEI DESTINATARI [3]	

1.2. ANALISI DEI COSTI	Quota di partecipazione a carico degli allievi[4]	
A	**COSTO COMPLESSIVO**	**Importo**
A1	**Costi d'iscrizione**	**€.**
A2	**Costi di frequenza**	**€.**
A3	**Costi per gli esami**	**€.**
A4	**Costi per il rilascio degli attestati**	**€.**
	TOTALE	**€.**

1.3 SOGGETTO attuatore (o soggetto capofila nel caso di RTS)
Denominazione o Ragione Sociale
Natura giuridica

[3] Requisiti di accesso come da *come da Standard* in relazione alla Figura del RQPN oppure della normativa di settore.
[4] Nel caso di corsi biennali, specificare il costo complessivo .

Sede legale			
Indirizzo			
Cap		**Città**	**Prov.**
Tel.		**Fax**	**PEC (l'inserimento è obbligatorio)**
E-mail		**P.IVA**	**C.F.**
Rappresentante legale			
Cognome e Nome			
C.F.			
Indirizzo residenza			
Cap		**Città**	**Prov.**
Tel.		**Fax**	**E-mail**
Dati accreditamento			
A	**Organismo accreditato con il vigente sistema** **(DGR 195/2012 e s.m.i.)**	**Indicare codice ed estremi provvedimento accreditamento**	

1.4 SOGGETTO del RTS (da utilizzare se nel progetto presentato sono previsti Raggruppamenti Temporanei di Scopo)
Denominazione o Ragione Sociale
Natura giuridica
Sede legale

Indirizzo		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**PEC (l'inserimento è obbligatorio)**
E-mail	**P.IVA**	**C.F.**
Rappresentante legale		
Cognome e Nome		
C.F.		
Indirizzo residenza		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**E-mail**

Dati accreditamento		
A	**Organismo accreditato con il vigente sistema** **(DGR 195/2012 e s.m.i.)**	**Indicare codice ed estremi provvedimento accreditamento**
Dati RSO		
B	**Riconoscimento sede Operativo** **(DGR 879/ e s.m.i.)**	**Indicare codice ed estremi provvedimento accreditamento**

1.5 Dettaglio RTS
Specificare ruoli, competenze e suddivisione finanziaria tra i singoli soggetti nell'ambito della realizzazione del progetto presentato.

1.6. SOGGETTI PARTNER	
SOGGETTO (da replicare per OGNI componente partenariato)	

Indirizzo	
Sito web	
e-mail istituzionale	
Partita IVA/CF	
Natura del coinvolgimento del partner **(nel caso di TIROCINIO indicare il n. di ore e di studenti che il soggetto intende accogliere)**	
Profilo istituzionale/aziendale	
Referente del progetto	

1.7 SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO		
Sede accreditata dell'ORGANISMO FORMATIVO: _____(CAPOFILA)		
Indirizzo		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**RESPONSABILE DELLA SEDE:**
E-mail	**P.IVA**	**C.F.**
Sede accreditata dell'ORGANISMO FORMATIVO: _____(PARTNER)		
Indirizzo		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**RESPONSABILE DELLA SEDE:**
E-mail	**P.IVA**	**C.F.**
Sede R.S.O. dell'ORGANISMO FORMATIVO: _____(PARTNER)		
Indirizzo		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**RESPONSABILE DELLA SEDE:**
E-mail	**P.IVA**	**C.F.**

Sede accreditata (ampliamento definitivo) dell'ORGANISMO FORMATIVO: _____		
Indirizzo		
Cap	**Città**	**Prov.**
Tel.	**Fax**	**RESPONSABILE DELLA SEDE:**
E-mail	**P.IVA**	**C.F.**

2. ELEMENTI DI CONTESTUALIZZAZIONE

2.1 Obiettivi formativi

2.2 Descrizione generale delle fasi del progetto (articolazione dei contenuti, metodologie, risorse umane, materiali ed immateriali da impiegare, successione temporale delle scelte organizzative)

2.3 contesto di attuazione del progetto e relativa analisi del fabbisogno

2.4 Descrizione delle esperienze del Soggetto proponente in riferimento all'attività formativa proposta

2.5 Modalità di pubblicizzazione del corso

2.6 Coinvolgimento del partenariato (attuazione del progetto, tirocinio e anche con riferimento a eventuali impegni per l'occupabilità dei formati)

3. ARTICOLAZIONE PERCORSO FORMATIVO

3.1 Indicazioni relative alla figura/percorso[5] ***(descrivere le caratteristiche della Figura/percorso esattamente come riportati nel RRQPN oppure nella normativa di settore).***

Denominazione: ***Descrizione:***

3.2 **Elencazione delle Competenze**[6] *(ove pertinente in quanto presenti nel RRQPN oppure nella normativa di settore.)*

Unità di competenza **N° 0 di 0**   (Riprodurre il box per ogni UC prevista)

DENOMINAZIONE   ***CAPACITA'/abilità (elencare le singole capacità previste)***   ***CONOSCENZE (elencare le singole conoscenze previste)***

3.3 Articolazione del percorso in unità formative

3.3.1 Attività formativa[7]	ORE

5 Rif. Al Regolamento Regionale e al relativo allegato A.1

6 Rif. Al Regolamento Regionale e al relativo allegato B

7 Descrivere l'articolazione completa del corso con riferimento all'Allegato C del Regolamento Regionale

Formazione (*aula teoria /pratica, laboratorio, visite guidate)*	
Di cui FAD/e.learning sincorona (MAX 30% del monte ore teorico del primo modulo)	
Tirocinio	
Totale (*come da Standard)*	

3.3.2 ALTRE ATTIVITA'	ORE
Orientamento	
Formazione	
ALTRO (specificare)	

3.3.3 Unità formative **(*Descrivere in modo dettagliato l'articolazione del percorso in singole unità formative finalizzate all'acquisizione di tutte conoscenze e capacità previste per la figura/percorso*) (si ricorda il tirocinio deve essere descritto quale attività formativa a sé stante)**

	Denominazione U.F.	**Area disciplinare (rif. Reg. Reg.le)**	**Durata in ore**		**Di cui FAD/e.learning sincorona**
I.	PRIMO MODULO		Teoria	Pratica	
N. UF					
1					
2					
3					
II.	SECONDO MODULO				
4					
5					
…	…				
	tirocinio				
	Totale				

3.3.3 Scheda di unità formativa

Titolo UF:

N° 1 di _n_____ (specificare) ORE TEORIA : _____ ORE PRATICA : _____

(Scheda da ripetere per ogni UF)

Obiettivi di apprendimento

Contenuti formativi (descrivere i contenuti specifici proposti)

Professionalità coinvolte (indicare le professionalità dei docenti coinvolti nell'unità formativa e l'eventuale presenza di esperti del settore)

Metodologie e strumenti di formazione (descrivere le metodologie adottate per un efficace apprendimento di saperi teorico-tecnici e per lo sviluppo delle competenze professionali richieste dal profilo/figura/percorso)

Organizzazione e logistica (indicare le principali attrezzature e materiali necessari al raggiungimento degli obiettivi nonché la sede di svolgimento di attività formativa teorica/pratica)

3.3.4 TIROCINIO[8]	
Descrizione caratteristiche e tipologie delle strutture ospitanti[9] (descrizione delle partnership attivate)	
Numero di strutture ospitanti previsto	
Numero destinatari per struttura ospitante	
Settore di riferimento	
Aree organizzative di interesse (reparti, uffici, magazzini, punto vendita, ecc.)	

3.4 Metodologie e strumenti di verifica delle competenze in ingresso e in itinere *(descrivere le modalità di selezione dell'utenza, riconoscimento dei crediti e delle verifiche intermedie con finalità sommativa)*

[8] **Si ricorda che lo stage deve essere descritto anche nella sezione precedente quale Unità formativa a sé stante**

[9] **In questa sezione del formulario, saranno indicate esclusivamente le caratteristiche, la tipologia e il numero delle strutture ospitanti lo stage, da individuarsi nella successiva fase di autorizzazione all'avvio delle attività con relativa lettera di adesione /accordo/protocollo, ecc.**

3.4.1 Selezione dei partecipanti **(se prevista)**
Modalità di svolgimento della selezione (è possibile barrare anche più voci)
☐ **colloquio di gruppo**
☐ **colloquio individuale**
☐ **test**
☐ **prova pratica**
☐ **Altro (specificare)**
Elementi considerati-valutati (è possibile barrare anche più voci)
☐ **possesso dei requisiti dichiarati**
☐ **motivazione**
☐ **attitudine**
☐ **altro (specificare)**

3.4.2 Riconoscimento di crediti formativi
Descrizione sintetica della metodologia applicata, in coerenza con le indicazioni regionali
Aspetti considerati (è possibile barrare anche più voci)
☐ **Titoli-certificati posseduti**
☐ **Attestazioni di partecipazione**
☐ **Esperienze professionali**
☐ **altro (specificare)**
Modalità di realizzazione (è possibile barrare anche più voci)
☐ **Esame documentazione**
☐ **Colloquio**
☐ **Altro (specificare)**

3.4.3 Verifiche *degli apprendimenti in itinere* ***definire la tipologia di verifica, l'oggetto di valutazione, le modalità di svolgimento e i criteri di valutazione***

3.5 Metodologie e strumenti di verifica delle competenze in uscita *(descrivere le modalità proprie dell'organismo in applicazione della normativa specifica di settore)*

3.6 Altre certificazioni(nell'eventualità di rilascio di altre tipologie di certificazione, descrizione dei contenuti, dell'articolazione e delle modalità del processo di certificazione previsti con indicazione relativo costo)

3.7 Eventuali misure di accompagnamento in ingresso (attività di orientamento dei partecipanti, bilancio delle competenze, tutoraggio, moduli propedeutici differenziati per l'accesso ai percorsi, strumenti per l'allineamento delle competenze dei partecipanti, misure per garantire l'inserimento in itinere di altri allievi in caso di riduzione del numero dei frequentanti ecc.)

4. CARATTERISTICHE DELLE RISORSE UMANE

	Caratteristiche professionali [10]							Risorsa del Partner/componente RTS:
N°	ESPERIENZA LAVORATIVA (espressa in anni attinente allo specifico ruolo da svolgere)	ISTRUZIONE	FORMAZIONE (attinente allo specifico ruolo da svolgere)		Titolo UF	Impegno *N° Ore*	Ruolo[11]	

5. RISORSE STRUTTURALI E STRUMENTALI

5.1 Attrezzature per la didattica (compresi software e strumenti informatici)			
TIPOLOGIA	Quantità	Disponibile	Da acquistare (prima dell'avvio)

[10] **Per caratteristiche professionali si intende l'esperienza lavorativa espressa in anni, il titolo di studio, altri titoli (corsi di specializzazione, di perfezionamento ecc.), attinenti alla specifica funzione da svolgere ed ogni altra indicazione utile a definire le professionalità delle risorse umane da designare nella successiva fase di autorizzazione all'avvio delle attività. NB: NON INDICARE I NOMINATIVI (SARANNO SPECIFICATI IN FASE DI AVVIO DEI CORSI)**

11 Per ciascuna risorsa specificare il ruolo svolto nell'ambito del progetto (es. coordinamento**, tutor d'aula, tutor stage, docente con indicazione dell'UF di competenza e se trattasi di teoria o pratica, ecc)**

Compilare ogni parte del formulario sbarrando gli spazi relativi a quelle ritenute non pertinenti al progetto.

Il presente formulario si compone di n.____ pagine.

Luogo e data **Firma digitale del Legale Rappresentante**

Allegato 2

DICHIARAZIONE

1. Il/la sottoscritto/a _____nato/a a_____prov. _____ il _____residente a _____ prov. _____ via _____ telefono _____nella qualità di Legale Rappresentante dell' Organismo Formativo _____ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento_____

in qualità di capofila del RTS composto da:

2. Il/la sottoscritto/a _____nato/a a_____prov. _____ il _____residente a _____ prov. _____ via _____ telefono _____nella qualità di Legale Rappresentante dell' Organismo Formativo _____ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento_____
Oppure
in possesso di RSO di cui al provvedimento _____

3. Il/la sottoscritto/a _____nato/a a_____prov. _____ il _____residente a _____ prov. _____ via _____ telefono _____nella qualità di Legale Rappresentante dell' Organismo Formativo _____ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento_____
Oppure
in possesso di RSO di cui al provvedimento _____

D I C H I A R A N O

di impegnarsi a costituirsi in RTS

A tal fine indica come soggetto capofila:

Apporre la sottoscrizione di tutti i soggetti che si impegnano a costituirsi in R.T.S. compreso il capofila

1. _____

(luogo e data) (firma digitale del Legale rappresentante)

2. _____

(luogo e data) (firma digitale del Legale rappresentante)
(aggiungere righe se necessario)

Nell'atto di costituzione è necessario dettagliare ruoli, competenze e suddivisione finanziaria tra i singoli soggetti componenti

Allegato 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

a) li/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. __ _ il _/ _J _, residente a _____ prov. ___ via _____ telefono ____ , nella qualità di legale rappresentante dell'ente _____ _ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento_____

Oppure

b) li/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. __ _ il _/ _J _, residente a _____ prov. ___ via _____ telefono ____ , nella qualità di legale rappresentante dell'ente _____ _ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento_____

in qualità di capofila del RTS composto da

1. .....
2. .....
3. .....

ai sensi del l'a rt. 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

DICHIARA

a) che l'ente suindicato ha maturato due anni di esperienza, anche non continuativi, nel campo dei percorsi formativi per settore socio-sanitario (art. 3, Regolamento Regionale n. 28/2007 e ss.mm.ii.);

b) che l'ente suindicato ha erogato attività finalizzate alla formazione di figure nel settore socio – sanitario a cui durata complessiva non è stata inferiore ad 800 ore in un biennio, come risulta dal prospetto sotto riportato

TABELLA ESPERIENZA PREGRESSA

TITOLO DEL CORSO	**ENTE Pubblico TIOLARE DEL CORSO (Regione, Provincia, Università, ecc)**	**Estremi atto di autorizzazione**	**DATA DI INIZIO(GG/ MM/AAAA)**	**DATA DI CONCLUSIONE DEL CORSO (GG/MM/AAAA)**	**DURATA COMPLESSIVA DEL CORSO IN ORE**	**Ruolo nel progetto [12]**

[12] **Specificare se capofila/componente RTS – ruolo svolto – nel caso di erogazione formazione specificare il numero di ore, ecc.**

(luogo e data)

(firma digitale del Legale rappresentante)

Allegato 4

Io/La sottoscritto/a ... . nato/a a ... ... il .. ./. . ./. . ... , residente in .... Via .. .. codice fiscale .... , nella qualità di .... .dell'Ente ..... con sede legale in .... codice fiscale ..... partita IVA n . ..... , ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/ 2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

DICHIARA

1) che l'Ente suindicato:

- è iscritto/a nel registro delle imprese della CCIAA di .... al numero .. .. dal. ..... , con la seguente forma giuridica .... ;

  oppure

- non è tenuto alla iscrizione al registro della imprese presso la CCIAA in quanto avente la seguente forma giuridica ... . ;

che l'Ente suindicato:

- ha sede legale in .... , via .... ;
- è legalmente rappresentato da . ... , il quale ricopre la carica di .... ; *(se vi è più di un amministratore munito del potere di rappresentanza, indicare generalità e carica di ciascuno di essi)*
- ha il seguente oggetto sociale: ....;
- ha una durata stabilita sino al __/__/_ *(specificare se non risulta una durata stabilita).*

Data .. ./. . ./. ... Firma digitale del legale rappresentante

Allegato 5

li/La sottoscritto/a ... . nato/a a ... ... il .. ./. . ./. . ... , residente in .... Via .. .. codice fiscale .... , nella qualità di .... .dell'Ente ..... con sede legale in .... codice fiscale ..... partita IVA n . ..... , ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/ 2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

DICHIARA

2) che l'Ente suindicato non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo (salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267) o di liquidazione volontaria;

3) che l'Ente suindicato non ha commesso violazioni gravi (ai sensi di quanto previsto in merito al l'art. 80, comma 4,del d.lgs. 50/2016) al le norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali;

4) che l'Ente suindicato applica integralmente nei rapporti con i propri dipendenti le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro per il settore di appartenenza (CCNL per il settore ____) nonchè le disposizioni del contratto collettivo territoriale *{eliminare quest'ultima specifica, se non esistente contratto collettivo territoriale);*

6) che l'Ente proponente non è stato soggetto alla sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o ad altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81;

7) che l'Ente proponente non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi, al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana. Secondo quanto previsto dall'art 80 comma 4 del decreto legislativo n. 50/2016;

6) che l'Ente suindicato si trova, riguardo agli obblighi di cui alla Legge n. 68/1999, nella seguente situazione *(N.B. barrare quella che interessa o eliminare le altre):*

a] non è soggetto agli obblighi di cui alla legge n. 68/99, in quanto occupa non più di 15 dipendenti;

oppure

b] non è soggetto agli obblighi di cui alla legge n. 68/99, in quanto occupa da 15 a 35 dipendenti e non ha effettuato assunzioni dopo il 18.1.2000;

oppure

e} è soggetto agli obblighi di cui alla legge n. 68/ 99 ed ha ottemperato a tutti gli obblighi medesimi;

Data .. ./. . ./. …

Firma digitale del legale rappresentante

Allegato 6

Dichiarazione da rendersi da ciascuno degli amministratori dell'Ente munito di potere di rappresentanza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

lo sottoscritto/a .... nato/a a .... , ... il .. ./. . ./. .. , residente in .... Via .... codice fiscale ..... , nella qualità di ... . .dell'Ente ..... con sede legale in ..... .codice fiscale .... partita IVA n ..... , ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui posso andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

DICHIARO

che nei miei confronti non è stata pronunciata la condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno o più dei seguenti reati

1. delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 416, 416-bis del codice penale ovvero delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonchè per i delitti, consumati o tentati, previsti dall'articolo 74 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dall'articolo 291-quater del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 e dall'articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in quanto riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale, quale definita all'articolo 2 della decisione quadro 2008/841/GAI del Consiglio;
2. delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis, 354, 355 e 356 del codice penale nonchè all 'articolo 2635 del codice civile;
3. false comunicazioni sociali di cui agli articoli 2621 e 2622 del codice civile;
4. frode ai sensi dell'articolo **1** della convenzione relativa alla tutela degli interessi finanziari delle Comunità europee;
5. delitti, consumati o tentati, commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, e di eversione dell'ordine costituzionale reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche; delitti di cui agli articoli 648-bis, 648-ter e 648-ter.l del codice penale, riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento del terrorismo, quali definiti all'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109 e successive modificazioni;

6. sfruttamento del lavoro minorile e altre forme di tratta di esseri umani definite con il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24;
7. ogni altro delitto da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;

Data .. ./. . ./. ...

Firma digitale del legale rappresentante

Oppure

Firma autografa del sottoscrittore accompagnata da documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità

Allegato 7

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

li/la sottoscritto/a ___ _ nato/a a _____ prov. _____ _ il reside nte a ---------- prov. Via ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

,**DICHIARA**

di essere il legale rappresentante dell'ente _____ , con sede legale in _____ via _____ in virtù di ____ (indicare la fonte) e di possedere pertanto poteri idonei ad impegnare la volontà dell'ente suindicato.

Luogo e Data .. ./. . ./. .. Firma digitale del legale rappresentante

N.B.
La presente dichiarazione deve essere resa dal soggetto che sottoscrive gli atti della proposta di candidatura.