

RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI FORMATIVI all'interno del percorso formativo per conseguire la qualifica professionale di "OPERATORE SOCIO SANITARIO" id Siform 1089115

(Allegato 4 della D.G.R. 666 del 20/05/2008 – Allegato A della D.G.R. 1625 del 12/10/2009)

___/___ sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ a _____ (_____)

CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DEI SEGUENTI CREDITI FORMATIVI:

- in possesso del diploma di qualifica di "**OPERATORE DEI SERVIZI SOCIALI**", conseguito al termine del relativo percorso scolastico triennale; in possesso del diploma di maturità per "**TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI**", conseguito al termine del relativo percorso scolastico quinquennale;
- in possesso dell'attestato di qualifica di **OTA** conseguito attraverso un corso di formazione professionale, rilasciato ai sensi del d.m. 26 luglio 1991, n. 295;
- in possesso dell'attestato di qualifica **OSA, ADEST** o equiparabile conseguito attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 800 ore, ri-lasciato ai sensi della l. 845/1978;
- in possesso dell'attestato di qualifica di **OSA** o equiparabile conseguito attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 400 ore, rilasciato ai sensi della l. 845/1978;
- in possesso di **CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (I.F.T.S.)** riferito al settore socio-sanitario;
- in possesso da 1 a 4 anni di esperienza lavorativa **presso strutture sanitarie e socioassistenziali** pubbliche e private;
- in possesso da 5 a 9 anni di esperienza lavorativa **presso strutture sanitarie e socioassistenziali** pubbliche e private;
- in possesso di 10 o più anni di esperienza lavorativa **presso strutture sanitarie e socioassistenziali** pubbliche e private.
- non ritengo di essere nella condizione di richiedere il riconoscimento di crediti formativi.

Si allega certificazione attestante quanto sopra dichiarato.

Luogo e data _____ Firma _____