

3- FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO

Sezione 1 - Informazioni generali

1.1 Titolo del corso:

1.2 Figura professionale oggetto del corso:

1.3 Durata totale prevista: semestri _____ ore _____ di cui n. ore di tirocinio: _____

1.4 Numero corsisti totale: _____

1.5 Ambito territoriale di realizzazione: _____

1.6 Costo complessivo: Euro _____

1.7 Data di avvio prevista: / /

1.8 Soggetto attuatore _____

1.9 Forma associativa individuata per l'attuazione del progetto *(nel caso in cui il Consorzio o l'ATS fossero già costituiti, indicare la denominazione e i riferimenti amministrativi)*

Soggetto proponente N° _____

Soggetto gestore no si

Denominazione _____

Natura giuridica _____

Rappresentante legale _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Corso di laurea _____ Dipartimento _____ (se Università)

Persona da contattare _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Ruolo, funzioni, responsabilità del soggetto proponente nell'ambito del progetto

1.10 Direttore e Condirettore del progetto

Nominativi _____

Enti di provenienza _____

Posizioni _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

ALLEGATO 1

Sezione 4 - Descrizione dei singoli operatori coinvolti

Figura _____
n.° operatori interni _____
n.° operatori esterni _____
provenienza _____
competenze _____
Funzioni _____

Sezione 5 - Tirocini (per ogni Tirocinio)

- Sanitario
- Sociale.....

- Tipologia _____
- Sede _____
- Tutor di Sede _____

Sezione 6 - Docenti

Requisiti

- operatori dei servizi sanitari e sociali con esperienza certificata nella formazione delle figure di supporto alle cure
- titoli di studio attinenti
- interni alla struttura proponente
- esterni alla struttura proponente

Sezione 7- Tutor di tirocinio (Sanitario e Sociale)

-numero _____
-profilo _____
-corpo docente
 si
 no

Sezione 8 – Costo progetto formativo

--	--

Sezione 9 - Regolamento

9.1 Corso Si
 No

9.2 Operatori _____

9.3 Organi _____

Sezione 10 - Esperienze formative pregresse

10.1 Formazione di operatori Sanitari

Si
No
Quanti _____

ALLEGATO 1

10.2 Formazione di OTA

Si

No

Quanti _____

4-SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI PROGETTI

La valutazione riguarda gli aspetti della ammissibilità, della valutazione della qualità e delle condizioni premianti. A seguito della graduatoria approvata con Determinazione direttoriale, saranno informati tutti i titolari dei progetti presentati.

- Istituzioni Sanitarie pubbliche e private accreditate, convenzionate con le Università, aventi sede nella R. L., in cui siano attivati Corsi di laurea in infermieristica.
- Altri Organismi come Enti locali, Consorzi, Comunità Montane, RSA, Centri di riabilitazione, Cooperative sociali, Associazioni, Fondazioni aventi personale proprio da riqualificare.
- Enti di Formazione accreditati ai sensi della DGR 968/2007, che possono avere funzione anche di capofila (ATS).

Titolo progetto ~ Figura professionale: (Progetto n.)

OPERATORE SOCIO SANITARIO

AMMISSIBILITA':

Rispetta il requisito?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Rispetto del termine di presentazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Sottoscrizione dei progetti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Struttura della co-progettazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Indicazione soggetto gestore e sede | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Numero degli allievi e uditori (15/30) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Durata intervento riqualificazione con definizione tirocinio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Impegno Costituzione ATI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Atto di notorietà | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Antimafia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Barriere Architettoniche | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Documentazione ulteriore Enti senza scopo di lucro

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 11. Atto Costitutivo/Statuto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. Certificato Penale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. Copia autentica del provvedimento assunto dai competenti organi con il quale si delibera la presentazione della richiesta di autorizzazione con espressa indicazione della persona autorizzata a sottoscrivere la stessa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. Analisi del fabbisogno | | |
| 15. Regolamento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. Carta d'identità | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Ammissibilità SI NO