

Allegato B al DA n. 436 del 12-8-2020

All'Assessorato della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Servizio 2  
Via Mario Vaccaro, 5  
90145 Palermo  
dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'organizzazione del corso di qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS) ai sensi del D.A. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di  
rappresentante legale/amministratore unico dell'Ente \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

ai sensi del D.A. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ l'autorizzazione allo svolgimento di n.1 edizione  
del corso di qualifica in Operatore Socio Sanitario (OSS) che avrà luogo presso  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445/2000

#### DICHIARA

- di attenersi per gli aspetti di natura organizzativa, didattica ed economica a quanto espressamente indicato all'Allegato 1 del Decreto dell'Assessorato regionale della Salute n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ "Linee guida per i percorsi di qualifica in Operatore Socio Sanitario - Anni 2020-2022"
- di essere soggetto formativo accreditato dalla Regione Siciliana per la formazione professionale ai sensi del Decreto Presidenziale del 1 ottobre 2015, n. 25 con ID n. \_\_\_\_\_ per la sede formativa (inserire l'indirizzo)  
\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. autocertificazione antimafia di cui all'art. 89 del D.lgs. 159/2011 e s.m.i.
2. fotocopia di documento d'identità in corso di validità.
3. Calendario e programma formativo con l'indicazione del direttore del corso, del tutor, d'aula ed elenco dei docenti selezionati con indicazione della qualifica professionale.
4. Elenco delle attrezzature per le esercitazioni di cui dispone l'Ente.

Data \_\_\_\_\_



Firma