

**REGIONE SICILIANA**



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

*Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico*

*Servizio 2 "Formazione e Comunicazione"*

**ATTESTATO DI QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO**

*"Accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, per la individualizzazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione" sancito in conferenza Stato-Regioni del 22/02/2001*

.....  
nat... a .....il.....

*ha frequentato presso l'Ente \_\_\_\_\_*

*il corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario codice id. \_\_\_\_\_ dal ..... al..... per una durata complessiva di ore 420 ai sensi del DA. \_\_\_\_\_*

*Il candidato ha sostenuto, con esito positivo, gli esami finali in data .....*

*Il Presidente della Commissione*

*Il Dirigente Generale del DASOE*

*Il Direttore del Corso*

Rep. N. ....del ..... (a cura del DASOE)