

 <p>ISTITUTO PIERO GOBETTI</p>	<p><b>I.I.S.S. "Piero Gobetti "</b></p> <p>LICEO: Scientifico - Linguistico</p> <p>TECNICO: Amministrazione Finanza Marketing - Meccanica Meccatronica Energia - Informatica e Telecom.</p> <p>PROFESSIONALE: Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale - Manutenzione e Assistenza Tecnica</p>	<p>Via della Repubblica, 41 42019 Scandiano (RE) tel. 0522 855485/854360 fax. 0522 984149 www.istitutogobetti.gov.it reis00300n@istruzione.it Codice fiscale 91001560357</p>
--	--	--

Circ. n. 103

Scandiano, 29 Ottobre 2018

**Agli/alle alunni/e a alle Famiglie  
delle classi 3<sup>^</sup> indirizzo  
SERVIZI SOCIO SANITARI**  
e p.c. **Alla DSGA (Sig.ra S. Tamagnini)  
Ai DOCENTI delle due classi  
Ai proff. S. Pettinato e V. la Rosa**

**OGGETTO: ADESIONE PERCORSO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA REGIONALE DI O.S.S. - OPERATORE SOCIO SANITARIO.**

Facendo seguito all'incontro di presentazione del percorso formativo in oggetto del 25/10/2018 di cui alla circ. n. 79 del 22 c.m., alunni e famiglie in indirizzo sono chiamati, **entro la prima mattinata di VENERDÌ 9 NOVEMBRE 2018**, a confermare o meno l'**ADESIONE** al percorso formativo proposto:

- **compilando** il modulo allegato alla presente da consegnare in originale alla segreteria alunni (sig.ra Ines) o inviare in **copia digitale allegata** via e-mail alla casella [didattica2@istitutogobetti.it](mailto:didattica2@istitutogobetti.it);
- **versando ENTRO VENERDÌ 30/11/2018** l'importo **dell'acconto di € 150,00** **alternativamente**:
  - sul C.C.P. dell'Istituto con i bollettini pre-intestati disponibili presso l'ufficio acquisti, **Sig.ra Claudia**.
  - tramite **bonifico**, anche on-line sul **Conto corrente bancario** intestato all'I.I.S. "Piero Gobetti" di Scandiano c/o Poste Italiane SPA – **IBAN: IT 52 E 07601 12800 0000 10365427**,  
**specificando** sia nell'**attestazione** (da consegnare alla **prof.ssa Cogliandro** entro il giorno successivo) che nella **ricevuta** di pagamento la causale "*Acconto Percorso QUALIFICA REGIONALE O.S.S di <cognome e nome dell'alunno>*".

Si precisa quanto segue:

- Come anticipato il percorso sarà attivato solo se almeno 15 alunni forniranno la loro adesione.
- Il saldo del costo del percorso completo (che, come anticipato, non eccederà la cifra di **€ 500,00**) verrà richiesto in due successive rate annuali entro il mese di novembre di ogni anno.
- **Sono già incluse le spese individuali** per le visite mediche di idoneità. **Non sono incluse quelle** per le analisi cliniche necessarie per lo svolgimento dei tirocini ospedalieri e per l'abbigliamento (camici, calzature) necessario per accedere alle strutture sanitarie.
- Ove il **numero di aderenti risultasse inferiore a 15, non sarà possibile** attivare il corso e si procederà al rimborso delle somme versate.
- Nel caso l'alunno/a si ritirasse dal percorso dopo avervi aderito, l'acconto versato verrà trattenuto dall'istituto scolastico a parziale copertura delle maggiori spese per i restanti alunni aderenti; ove il ritiro avvenisse **dopo il giorno 8 gennaio 2020** verrà richiesto il pagamento di un ulteriore conguaglio di € 20,00 per ogni mese completo di permanenza nel percorso decorso dal 31/12/2019.

Lo schema riassuntivo delle caratteristiche del percorso, presentato nell'incontro suddetto e gli Standard Professionali della qualifica previsti dalla regione Emilia Romagna sono allegati alla presente nella versione pubblicata sul sito istituzionale di questo istituto. Per ulteriori dettagli è possibile consultare la pagina web predisposta dalla regione all'URL:

<http://formazione lavoro.regione.emilia-romagna.it/qualifiche/approfondimenti/oss>

Ciò premesso, **tutte le famiglie e gli studenti** in indirizzo sono comunque invitati a compilare (**anche in caso negativo**) il modulo allegato. Colgo l'occasione per porgere i miei più cordiali saluti

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
(Dott. Fausto Fiorani)



**MODULO DI ADESIONE AL PERCORSO FORMATIVO FINALIZZATO  
ALL'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA REGIONALE O.S.S.**

*(da compilare in tutte le sue parti e consegnare alla segreteria alunni dell'I.I.S. "P. Gobetti" o inviare in copia digitale alla casella **didattica1@istitutogobetti.it** entro la prima mattinata del 09/11/2018)*

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "Piero Gobetti di Scandiano  
Via della Repubblica, 42  
42019, Scandiano (RE)**

Il/la sottoscritto/a genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

della classe \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
(comune di nascita) (data di nascita)

avendo preso visione della circolare n° 103 del 29/10/2018 dell'I.I.S. "Piero Gobetti" di Scandiano (RE),  
avente a oggetto "ADESIONE PERCORSO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA  
REGIONALE DI O.S.S. - OPERATORE SOCIO SANITARIO " dichiara che il proprio figlio/a:

Parteciperà al percorso proposto  NON Parteciperà al percorso proposto

In caso affermativo il/la sottoscritto/a si impegna a versare a questo Istituto l'acconto di € 150,00 con le  
modalità descritte nella circolare e a consegnare presso la segreteria alunni dell'istituto:

- il presente modulo compilato in tutte le sue parti **entro venerdì 09/11/2018;**
  - l'attestazione del **pagamento** dell'acconto richiesto entro la mattinata di venerdì **30/11/2018;**
- con le modalità specificate nella circolare di cui sopra.

Si impegna altresì:

- a versare negli anni successivi in due rate annuali, sempre sul C.C.P. di questo Istituto, il saldo del  
costo totale del percorso, che in ogni caso non sarà superiore a € 500,00, comprensivo dell'acconto  
già versato, con le modalità che verranno a suo tempo indicate dall'istituto "Piero Gobetti".
- a provvedere alle spese individuali relative all'abbigliamento e alle analisi cliniche richiesti per  
accedere alle strutture sanitarie.

Nel caso in cui, per qualunque motivo, non dovesse essere possibile per l'istituto "Piero Gobetti" attivare  
il percorso proposto, una volta integralmente rimborsato dell'esatta cifra versata a titolo di "prima rata",  
il sottoscritto dichiara infine di non avere null'altro a pretendere dallo stesso istituto scolastico.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_