Allegato 3

 

**FORMULARIO**

**per la presentazione della proposta progettuale finalizzati alla realizzazione di percorsi formativi idonei per l’accesso all’esame regionale di qualifica “O.S.S.” per gli studenti delle ISA ad indirizzo “servizi per la sanità e l’assistenza sociale”**

**DGR 928/19**

**Triennio professionale 2024/2027**

**classi III a.f.2024/2025 - IV a.f. 2025/ 2026 – V a.f. 2026/2027**

|  |
| --- |
| **SOGGETTO PROPONENTE** |
| **DATI GENERALI** |
| denominazione istituto:………………………………………………………………………………...Indirizzo sede legale:……………………………………………………………………………………………Città e CAP: …………-……………….Telefono:…………….. Fax:……………… E-mail:………………. Indirizzo pec:………………………..IBAN ………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **DIRIGENTE SCOLASTICO** |
| Cognome ………………………..Nome ……………………… Codice Fiscale ……………………… Data Nascita………………………Comune di nascita ………………………Provincia di nascita ……Comune di residenza ……………………… Provincia…… Indirizzo……………………… Cap …… |

1. RELAZIONE DI CONFORMITÀ

**a - PROGETTO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE**

1. **ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO TEORICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISCIPLINE**  | **III anno 2024 – 25**  | **IV anno 2025 – 26** | **V anno 2026 – 27** | **Totale Tr. 2024 – 27** | **ORE DGR Teoria**  |
| **Elementi organizzativi del corso -orientamento al ruolo \*** |  |  |  |  | **8** |
| **Elementi di diritto del lavoro - diritto del lavoro** |  |  |  |  | **8** |
| **Elementi di legislazione nazionale e regionale di interesse sanitario, sociosanitario e sociale** |  |  |  |  | **10** |
| **Elementi di legislazione -Normativa specifica OSS** |  |  |  |  | **15** |
| **Elementi di etica, bioetica e deontologia professionale**  |  |  |  |  | **24** |
| **Metodologia del lavoro sanitario** |  |  |  |  | **34** |
| **Servizio Sociale**  |  |  |  |  | **10** |
| **Elementi di igiene** |  |  |  |  | **30** |
| **Igiene dell’ambiente comfort alberghiero e prevenzione ICA** |  |  |  |  | **38** |
| **Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro\*\*** |  |  |  |  | **16** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona** |  Anatomia |  |  |  |  | 15 |
| Respirazione e mantenimento della temperatura corporea |  |  |  |  | **10** |
| Movimento e Mobilizzazione  |  |  |  |  | **12** |
| Igiene personale |  |  |  |  | **15** |
| Alimentazione |  |  |  |  | **20** |
| Eliminazione |  |  |  |  | **20** |
| Riposo e sonno |  |  |  |  | **6** |
| **Attività e procedure Assistenziali alla persona in particolari situazioni di malattia e disabilità nelle diverse fasi della vita**  |  |  |  |  |  | **10** |
| Assistenza alla persona con disabilità in età evolutiva e adulta  |  |  |  |  | **18** |
| Assistenza alla persona anziana |  |  |  |  | **12** |
| Assistenza alla persona con patologie psichiatriche e dipendenze patologiche  |  |  |  |  | **12** |
| Assistenza alle cure di fine vita  |  |  |  |  | **12** |
| Assistenza al paziente in ospedale area chirurgica e area medica |  |  |  |  | **10** |
| Cure domiciliari  |  |  |  |  | **10** |
| **Primo soccorso e BLSD\*\*** |  |  |  |  | **15** |
|  **Elementi di psicologia e sociologia**  |  |  |  |  | **30** |
| **Relazione e comunicazione con l'assistito, i caregiver e l'equipe - tecniche di animazione**  |  |  |  |  | **20** |
| **Inglese**  |  |  |  |  | **10** |
| **TOTALE** |  |  |  |  | **4****50** |

\* **Docenti con requisiti specifici**

1. **ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO LABORATORI ESERCITAZIONI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISCIPLINE**  | **V ANNO**  | **ORE Laboratori DGR** |
| **Igiene dell’ambiente comfort alberghiero e prevenzione ICA** |  | **6** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona - (Respirazione e mantenimento della temperatura corporea)** |  | **7** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona - Movimento e Mobilizzazione**  |  | **18** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona - igiene della persona** |  | **18** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona - alimentazione** |  | **5** |
| **Principi e metodi assistenziali rivolti ai bisogni di base della persona - eliminazione** |  | **8** |
| **Primo soccorso e BLSD** |  | **10** |
| **Assistenza al paziente in ospedale area chirurgica e area medica** |  | **10** |
| **Assistenza alla persona anziana** |  | **8** |
| **Informatica applicata**  |  | **10** |
| **ore totali**  |  | **100** |

1. **TIROCINIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ambito tirocinio** | **Ore** | **ORE DGR** |
| **Tirocinio in ambito sanitario** |  | **150** |
| **Tirocinio in ambito sociale –socio sanitario** |  | **300** |
| **Totali ore** |  | **450** |

**b – ACCORDO DI COLLABORAZIONE**

L’ISA dovrà dimostrare in fase progettuale la disponibilità di accordi con la ASL acquisita anche tramite accordi/convenzioni.

ASL n. \_\_\_\_/ Azienda sanitaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

* + Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Nominativo Coordinatore Socio Sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Nominativo Tutor tirocinio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Eventuali dotazioni interessate: *(barrare la/le casella/e di interesse)*
		- le necessarie dotazioni logistiche, strumentali (es. aule per attività didattica, aule di simulazione ecc) professionali sono garantite direttamente dalle ISA
		- Logistiche/ aula tecnica
		- Strumentali
		- Professionali

La durata dell’accordo di collaborazione indicato – a tutela degli allievi coinvolti - deve garantire la copertura per tutto il periodo del Percorso formativo di riferimento. In tal senso, per dimostrare la sussistenza dell’accordo è possibile:

* Allegare alla candidatura l'accordo di collaborazione la cui validità copre il triennio oggetto della candidatura stessa;
* in caso di Accordo di collaborazione scaduto, allegare alla candidatura il nuovo accordo firmato dall'ISA e la relativa pec di trasmissione al partner competente dell'accordo stesso. All'accordo andrà aggiunta dichiarazione della ASL competente ad approvare la deliberazione nei tempi formalmente necessari alla firma della stessa;
* in caso di accordo in corso di validità la cui durata non copre l'intero percorso oggetto dell'avviso, lo stesso accordo deve essere allegato alla documentazione ed è necessario inviare anche una dichiarazione del partner di competenza per il proseguo della collaborazione che deve essere garantita in continuità con le attività oggetto della convenzione precedente.
* in caso di accordo in corso di validità la cui durata non copra l'intero percorso oggetto dell'avviso ma prevede la possibilità di proroga dello stesso, si deve procedere come il caso al punto precedente.

**c – CONVENZIONE TIROCINIO [[1]](#footnote-1)**

L’ISA dovrà dimostrare in fase progettuale la disponibilità delle sedi di tirocinio acquisita anche tramite accordi/convenzioni.

* SEDI OSPEDALIERE *(elencare le strutture coinvolte)*
	+ - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da ripetere per ogni eventuale ulteriore soggetto)

* SEDI EXTRA OSPEDALIERE (elencare le strutture coinvolte)
	+ - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da ripetere per ogni eventuale ulteriore soggetto)

* SEDI CHE POSSANO OSPITARE I TIROCINANTI IN SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI (elencare le strutture coinvolte)
	+ - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - Soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da ripetere per ogni eventuale ulteriore soggetto)

Per dimostrare la sussistenza delle disponibilità di tirocinio è possibile:

* Allegare alla candidatura le convenzioni la cui validità copre il triennio oggetto della candidatura stessa;
* in caso di Convenzione scaduta, allegare alla candidatura il nuovo accordo firmato dall'ISA e la relativa pec di trasmissione azienda tirocinante competente della convenzione stessa. Alla nuova convenzione andrà aggiunta dichiarazione dell’azienda competente provvedere nei tempi formalmente necessari alla firma della stessa;
* in caso di convenzione in corso di validità la cui durata non copre l'intero percorso oggetto dell'avviso, la stessa convenzione deve essere allegato alla documentazione ed è necessario inviare anche una dichiarazione dell’azienda tirocinante di competenza per il proseguo della collaborazione che deve essere garantita in continuità con le attività oggetto della convenzione precedente;
* in caso di accordo in corso di validità la cui durata non copra l'intero percorso oggetto dell'avviso ma prevede la possibilità di proroga dello stesso, si deve procedere come il caso al punto precedente.

**d – SEDE FORMATIVA**

**AULA/LABORATORIO** *(barrare la/le casella/e di interesse)*

* + Aula di proprietà – indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Utilizzo di locali e materiali del partner come da accordo di partenariato già attivo e valido
	+ Altro (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) – indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In riferimento è necessario allegare, indipendentemente da tipologia, dichiarazione sostitutiva che attesti che le stesse sono provviste di tutto il materiale necessario ai fini formativi e per le simulazioni come da allegato c degli indirizzi operativi delle ISA (DGR 1247/23 e s.m.i.)

**e – FIGURE FORMATIVE**

**e.1 Generali**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIGURA FORMATIVA | Nominativi  | Recapito  |
| **Responsabile didattico ISA** |  |  |
| **Coordinatore Socio – sanitario** | (indicare il nominativo inserito nella sezione accordo di collaborazione )  |  |
| **Tutor tirocinio** | (indicare il/i nominativo/i inserito nella sezione accordo di collaborazione )  |  |

**e.2 Docenti**

L’ISA si impegna a utilizzare docenti interni e a contrattualizzare in tempistiche adeguate e comunque in coerenza con l’erogazione della formazione dell’a.s. di riferimento, eventuali docenti esterni non coperti dall’accordo di collaborazione con la ASL /Azienda sanitaria. L’idoneità del CV formativo e professionale degli stessi verrà valutata dal Coordinatore socio sanitario.

2.COSTO DEL PROGETTO – TRIENNIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA INDICATIVA** | **TOTALE****ORE SVOLTE NEL TRIENNIO** | **TOTALE****COSTI PER IL TRIENNIO** |
| **RISORSE UMANE ESTERNE** |  |  |
| **RISORSE UMANE INTERNE – COSTO INTEGRATIVO** |  |  |
| **MATERIALE DIDATTICO** |  |  |
| **ATTREZZATURE SPECIFICHE** |  |  |
| **EVENTUALI AULE ESTERNE (AFFITTO ECC. )** |  |  |
| **ALTRO (Specificare..)** |  |  |
| **TOTALE** |  |  |

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO AGLI ALLIEVI[[2]](#footnote-2) :**

* + SI di € \_\_\_\_\_\_\_\_ per singolo allievo nell’intero triennio;
	+ No.
	+ Altro(specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

3.ALLIEVI COINVOLTI

|  |  |
| --- | --- |
| **N. ALLIEVI ISCRITTI AL PERCORSO** **DELLA CLASSE II** **A.S. 2023-24** | **N. TOTALE ALLIEVI ISCRITTI AL PERCORSO** **DELLA CLASSE II****A.S. 2023-24** **CHE HANNO SOTTOSCRITTO MANIFESTAZIONE D’INTERESSE AL PROGETTO OSS per il tr. 2024-27** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **ALLEGATI** |
| TITOLO | DATA | NOTE |
| I. Accordo di collaborazione con ASL  |  |  |
| II Eventuale lettera d’intenti convenzione / tirocinio  |  |  |
| III. Eventuale/i convenzione/i di tirocinio con altre strutture pubbliche e/o private accreditate |  |  |
| IV. Dichiarazione sostitutiva che attesti che le aule sono provviste di tutto il materiale necessario ai fini formativi e per le simulazioni come da Allegato c degli Indirizzi operativi (DGR 1247/2023 )  |  |  |
| V altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**SOTTOSCRIZIONE DELLA SCHEDA**

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nome del firmatario (in caratteri leggibili)[[3]](#footnote-3) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autografa[[4]](#footnote-4)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

timbro ufficiale:

1. È possibile integrare l’elenco anche in corso d’anno, comunicando l’integrazione ad ALFA [↑](#footnote-ref-1)
2. Non inficia la conformità /valutazione ed è possibile che successivamente al finanziamento si possa comunicare variazione della modalità [↑](#footnote-ref-2)
3. *Rappresentante legale dell’ISA o suo delegato, come risultante da relativo atto di delega da allegarsi al presente formulario* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Firma autografa corredata dalla fotocopia un documento di riconoscimento in corso di validità o firma digitale* [↑](#footnote-ref-4)