

Circ. n. 358

Vicenza, 28 marzo 2019

Agli Alunni, ai Genitori, ai Docenti
delle classi Quarte e Quinte indirizzo Socio-Sanitario
Al personale ATA

Oggetto: CORSO OSS 2019-2020

Si comunica che è pubblicato sul sito dell'Istituto il modulo per la preiscrizione al corso OSS con **scadenza 10 aprile 2019**.

La domanda compilata va inviata per mail all'indirizzo corsioss2019@montagna.edu.it o consegnata in segreteria didattica.

Le caratteristiche del corso OSS erogato per gli studenti dell'indirizzo socio-sanitario sono:

- **Preselezione e ammissione** a ottobre 2019,
- inizio del corso dicembre 2019
- 200 ore di **teoria in aula**, indicativamente di pomeriggio o sabato mattina, di cui circa metà tra dicembre '19 e aprile 2020.

Le ore restanti si faranno da settembre a dicembre 2020.

- **Tirocinio** di 420 ore durante il periodo estivo e autunnale 2020:
 - 200 ore in ambito ospedaliero
 - 120 ore in casa di riposo
 - 100 ore in altri servizi sociosanitari (disabilità, domiciliari, salute mentale...)
- **Esame finale:** FEBBRAIO 2021

COSTI: 950,00 E comprensivi di testo, 1 divisa, visita medica di idoneità alla mansione.

La retta può essere rateizzata.

N.B. Il costo in strutture esterne è di 1500-1600 E. Vengono riconosciuti i crediti per gli studenti IPSS (come da normativa regionale), ma non sono praticati sconti sulla retta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
Prof. Domenico Caterino

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE AI CORSI OSS 2019-20
Per diplomati IPS indirizzo servizi socio sanitari anni 14-15, 15-16, 16-17, 17-18 e per frequentanti classi quarte e quinte servizi socio sanitari 18-19
da compilare e inviare a: corsioss2019@montagna.edu.it o consegnare in segreteria didattica entro **il 10 aprile 2019**

...I...sottoscritto/a.....(Cognome Nome)

Sesso M F

Nato/a a(Comune).....(Provincia).....(Stato).....

Il(gg/mm/anno)

Codice fiscale _____

Fa domanda di partecipazione all'intervento:

- Corso di qualifica regionale per Operatore Socio-sanitario – Percorsi di integrazione delle competenze per diplomati IPS indirizzo servizi socio sanitari

Al riguardo dichiara :

di avere la cittadinanza.....

di risiedere in:

Via/Piazza.....n°.....

Località.....Comune.....

C.A.P.....Provincia.....

Tel. Abitazione...../.....cellulare

Altro recapito telefonico.....

e-mail

di avere il domicilio in (solo nel caso in cui non corrisponda con la residenza)

Via/Piazza.....n°.....

Località.....Comune.....

C.A.P.....Provincia.....

Tel. Abitazione...../.....Altro recapito telefonico.....

- di aver conseguito il Diploma indirizzo Servizi socio-sanitari nell'anno scolastico.....con la votazione/100 presso l'Istituto.....

- di essere frequentante la classe 4^.....dell'IPS

- di essere frequentante la classe 5^.....dell'IPS

N.B. – LA PRESENTE PRE-ISCRIZIONE DOVRA' ESSERE CONFERMATA ENTRO I TERMINI DEFINITI DAL PROVVEDIMENTO REGIONALE PENA LA NON AMMISSIONE ALLA PROVA SELETTIVA

Firma dello Studente

Firma dei genitori o del tutore

Vicenza,.....