



**TECNICO ESPERTO NELLA GESTIONE DEI SERVIZI**  
**Competenze Utili per l'esercizio del ruolo di**  
**RESPONSABILE DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI**  
**(R.A.A.)**

Domanda pervenuta il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_

Operazione rif. PA 2012-12779/RER autorizzata con DGR n.19789 del 30/10/2019 della Regione Emilia-Romagna.

Il/La sottoscritto/a manifesta il proprio interesse ad iscriversi al corso in oggetto e a tal fine **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ** di: *(Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.00 per il rilascio di dichiarazioni sostitutive di certificazione e consapevole delle pene stabilite dagli articoli 495 e 496 del codice penale per false attestazioni e dichiarazioni)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

FOTO

**Titolo di Studio (barrare)**

- |   |  |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. Nessun titolo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Licenza elementare</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Licenza media</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università</p> <p><input type="checkbox"/> <b>5. Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università:</b><br/>_____ <b>conseguito nell'anno</b> _____<br/>_____ <b>presso</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ...</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Master di I livello (post laurea triennale)</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Laurea di durata superiore ai tre anni</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Master di II livello (post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Specializzazione post laurea (specialistica)</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Dottorato di ricerca</p> | <p><input type="checkbox"/> 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS)</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Diploma di specializzazione</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Abilitazione professionale</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Patente di mestiere</p> <p><input type="checkbox"/> <b>20. Qualifica OSS conseguita nell'anno</b> _____<br/>_____ <b>presso</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Altro (specificare titolo, anno e istituto)<br/>_____</p> |
|---|--|



### Condizione Occupazionale (*barrare*)

- 1. In cerca di prima occupazione
- 2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- 3. Occupato autonomo
- 4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- 5. Studente
- 6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile,)

### Azienda di appartenenza

---

#### Esperienze lavorative coerenti con l'area professionale e il settore socio-assistenziale (REQUISITO OBBLIGATORIO):

| Dal | Al | Presso | Attività svolte |
|-----|----|--------|-----------------|
|     |    |        |                 |
|     |    |        |                 |
|     |    |        |                 |
|     |    |        |                 |

#### Eventuali esperienze di studio/formazione attinenti con i contenuti del percorso formativo:

| Dal | Al | Presso | Contenuti |
|-----|----|--------|-----------|
|     |    |        |           |
|     |    |        |           |
|     |    |        |           |

#### Se cittadino straniero, specifica di possedere:

- Un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino extra ue
- Un'attestazione di regolarità del soggiorno se cittadino ue



## Come è venuto a conoscenza del corso?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sito internet <a href="http://www.irecoop.it">www.irecoop.it</a> | <input type="checkbox"/> Media                     |
| <input type="checkbox"/> Pagina Facebook Irecoop Emilia Romagna corsi di formazione       | <input type="checkbox"/> Internet                  |
| <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego   | <input type="checkbox"/> Da un ex allievo Irecoop  |
| <input type="checkbox"/> Informagiovani   | <input type="checkbox"/> Da un amico               |
| <input type="checkbox"/> Newsletter Irecoop   | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

### Allegati alla domanda:

- 1 foto tessera
- curriculum vitae
- fotocopia documento d'identità e codice fiscale
- altri documenti che si ritenga utile produrre SI  NO   
se SI indicare quali \_\_\_\_\_

### Per i cittadini stranieri

- fotocopia di permesso di soggiorno valido
- fotocopia del titolo di studio con traduzione da cui si possa evincere l'equipollenza al titolo italiano richiesto, oppure fotocopia del titolo di studio con dichiarazione di valore (rilasciata da ambasciata o consolato italiano all'estero), oppure fotocopia del titolo di studio con dichiarazione di equipollenza (rilasciata da Ufficio scolastico italiano)
- altri documenti che si ritenga utile produrre SI  NO   
se SI indicare quali \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**NB:** La dichiarazione di cui sopra non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- **dichiara** di essere informato/a che l'ammissione al corso è subordinata all'esito di colloquio individuale informativo, di orientamento e di verifica dei requisiti;
- **si impegna** a perfezionare l'iscrizione una volta ammesso/a al corso, con il versamento con bonifico bancario e presentazione a IRECOOP di relativa ricevuta contabile, prima dell'avvio del corso, della prima rata della quota di iscrizione (€ 502,00); **si impegna** inoltre a versare il saldo della quota al raggiungimento del 50% del monte ore previsto dal programma (€ 400,00);
- **dichiara** di essere informato/a che l'intera quota di iscrizione non potrà essere in alcun caso ridotta o rimborsata. In particolare la quota di iscrizione non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte a seguito di mancata frequenza, di riduzione di frequenza per ottenimento di credito formativo, di non superamento delle verifiche intermedie previste e conseguente non ammissione all'esame, di non conseguimento della certificazione di qualifica per mancato superamento delle prove di esame;
- **dichiara** di essere informato/a che il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previsto
- **dichiara** di aver preso visione dell'allegato "Requisiti specifici relativi al PERSONALE per operare nei servizi/strutture socio-sanitari accreditati ai sensi della DGR 514-2009 e ss.mm.ii.", di averne compreso il contenuto e di accettarlo espressamente.

\_\_\_\_\_  
(firma)



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ richiede l'applicazione dello **sconto del 10% sul costo di iscrizione e frequenza** in quanto:

- Ex allievo IRECOOP anno \_\_\_\_\_  
corso \_\_\_\_\_
- Dipendente di cooperativa associata a Confcooperative  
cooperativa \_\_\_\_\_
- Socio di cooperativa associata a Confcooperative  
cooperativa \_\_\_\_\_
- Familiare convivente di dipendente/socio di cooperativa associata a Confcooperative  
Nome del dipendente/socio \_\_\_\_\_  
cooperativa \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

## **RICHIESTA CREDITI FORMATIVI**

Compilare la seguente sezione solo in caso di richiesta di riconoscimento di crediti di frequenza, la cui concessione è subordinata alla valutazione, anche ed eventualmente attraverso specifiche prove, di titoli (esempio: qualifica ADB, OTA, Diploma di Tecnico dei servizi sociali...) e/o esperienze professionali certificate.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ richiede il riconoscimento dei crediti per:

- il/i titolo/i conseguito/i:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di cui allego fotocopia del certificato

N.B. La presente domanda di iscrizione completa in tutte le sue parti può essere recapitata: personalmente; via posta (IRECOOP Emilia Romagna – Via Calzoni,1/3 – 40128 BOLOGNA); via mail all'indirizzo: ([sede.bologna@irecoop.it](mailto:sede.bologna@irecoop.it)). Le domande verranno protocollate in ordine di arrivo nella data di ricezione delle stesse, non fa fede il timbro postale di invio. In caso di invio via fax o via mail va successivamente prodotto l'originale sottoscritto.



## Allegato

### Requisiti specifici previsti dalla DGR 514/2009 e ss.mm.ii per il PERSONALE dei/delle servizi/strutture socio-sanitari accreditati

#### DOCUMENTO INFORMATIVO PER GLI ISCRITTI AI CORSI DI:

- TECNICO ESPERTO NELLA GESTIONE DEI SERVIZI: Competenze Utili per l'esercizio del ruolo di Responsabile delle Attività Assistenziali (R.A.A.)
- MANAGER DEI SERVIZI SOCIALI - Tecnico esperto nella gestione dei servizi

Il presente documento intende mettere in trasparenza i requisiti e i Titoli necessari per esercitare i ruoli sopraindicati, indicati nella DGR 514-2009 e ss.mm.ii. in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari e riportati nel seguente estratto.

#### RESPONSABILE DI NUCLEO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

Il responsabile di nucleo delle attività assistenziali (RAA) deve essere in possesso del **diploma di scuola media secondaria di secondo grado, della qualifica di OSS e di un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo.**

Resta ferma la competenza del soggetto gestore di definire e esplicitare le modalità attraverso le quali seleziona il personale, in particolare:

- definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso;
- definizione di regole per l'accesso;
- presenza di strumenti formalizzati per l'accesso (domanda di lavoro, scheda colloquio, scheda di valutazione, reportistica relativa al loro utilizzo).

In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti.

**Titolo preferenziale per attestare l'adeguatezza del curriculum** è il possesso di uno dei seguenti titoli:

- a) certificato di specializzazione per "Responsabile di nucleo delle attività assistenziali" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978
- b) *certificato di competenze o di qualifica per "Tecnico esperto nella gestione di servizi"* rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003
- c) certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti le attività assistenziali di nucleo.

Possono inoltre continuare a svolgere il ruolo di Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali gli operatori che alla data del 31.12.2010 assicurano le funzioni di Responsabile di nucleo delle attività assistenziali, a condizione che alla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo (01/01/2015) possano documentare un'esperienza di almeno 12 mesi nel ruolo.

Per i nuclei che ospitano persone a più alta complessità sanitaria che richiedono maggiore integrazione socio-sanitaria, il responsabile delle attività assistenziali può essere un infermiere. In tal caso deve essere in possesso della laurea in infermieristica o titolo equipollente.



### COORDINATORE RESPONSABILE DI STRUTTURA/SERVIZIO

Il coordinatore responsabile della struttura/servizio **deve essere in possesso di uno dei diplomi di laurea per l'accesso alla funzione sotto indicati**, unitamente ad un **curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo**.

Resta ferma la competenza del soggetto gestore di definire e esplicitare le modalità attraverso le quali seleziona il personale, in particolare:

- definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso;
- definizione di regole per l'accesso;
- presenza di strumenti formalizzati per l'accesso (domanda di lavoro, scheda colloquio, scheda di valutazione, reportistica relativa al loro utilizzo).

In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti.

I **diplomi di laurea, almeno triennali**, validi per l'accesso dall'esterno al ruolo di coordinatore sono i seguenti:

- diploma di laurea in servizio sociale;
- diploma di laurea in educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni;
- diploma di laurea in scienze dell'educazione (classe L-19) con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con il ruolo di coordinatore;
- diploma di laurea in Scienze e tecniche psicologiche;
- diploma di laurea in infermieristica;
- diploma di laurea in sociologia.

Inoltre, anche in assenza di uno dei diplomi di laurea sopra elencati, sono riconosciuti validi i seguenti titoli di accesso:

- certificato di competenze o diploma di qualifica per "Coordinatore Responsabile di struttura/servizio" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;
- certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo e gestionali specifiche dell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari; in tali casi, è richiesto anche un biennio di svolgimento di funzioni specifiche nel campo;
- curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo con un'esperienza documentata di almeno di 12 mesi nel ruolo alla data di avvio dell'accreditamento definitivo.

Possono inoltre continuare a svolgere l'attività di coordinatore responsabile di struttura/servizio gli operatori che alla data del 31.12.2010 svolgono le funzioni di coordinatore responsabile di struttura/servizio, a condizione che alla data di avvio dell'accreditamento definitivo (01/01/2015), possano documentare un'esperienza di almeno 12 mesi nel ruolo.

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dichiara di aver letto integralmente il presente documento relativo ai requisiti previsti dalla DGR 514/2009 per poter operare nei servizi e nelle strutture socio-sanitari **accreditati/e**, di averne compreso il contenuto e di accettarlo espressamente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## PRIVACY

**Il Presente Modulo va riconsegnato ad Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula**

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo [www.irecoop.it](http://www.irecoop.it).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

**Data**

**Firma**

Dichiara inoltre di voler essere iscritto alla newsletter, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

**Do il consenso**

**Nego il consenso**

Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

**Do il consenso**

**Nego il consenso**

**Data**

**Firma**