



Al Comitato di Sesto San Giovanni

Area Sociale

sociale@crisesto.org

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ provincia _____

via _____ n° _____ CAP _____ tel. _____

e-mail _____ altri recapiti _____

dopo aver preso visione delle Linee Guida 2015 sulle attività svolte a favore delle persone senza dimora e del relativo programma del corso di secondo livello Operatore Specializzato Persone Senza Dimora (OS.PSD).

CHIEDE

Di essere iscritto al Corso che si terrà presso il Comitato di Sesto San Giovanni nel periodo 05/09/2017 – 30/09/2017

A TAL FINE E SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

- di voler partecipare al suddetto corso per le seguenti motivazioni :

(barrare la casella che interessa X)

- di essere in possesso della qualifica di Operatore Sociale Generico

www.crisesto.org

**Un'Italia
che aiuta**

Associazione della Croce Rossa Italiana
Comitato di Sesto San Giovanni

Via Daniele Manin, 110 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)

sestosangiovanni@cri.it | Tel. 02 2405603 | Fax. 02 22474324 | PEC cl.sestosangiovanni@cert.cri.it

Iscrizione Registro Provinciale APS n. 514 del 28/3/2014

Iscrizione Registro Regionale Persone Giuridiche Private Regione Lombardia n. 2690 del 1/1/2014

Iscrizione REA n. MI – 2058000 del 27/1/2015

C.F. e P.IVA 08468850964

oppure

- **di essere in una delle seguenti posizioni:**
 - Operatore con esperienza almeno biennale nei servizi a favore delle Persone Senza Dimora (certificata dal Presidente del Comitato di appartenenza o dal vertice di Corpo);
 - Operatore che ha frequentato percorsi formativi secondo le precedenti Linee Guida 2012 e in possesso di regolare attestato;
 - Infermiera Volontaria;
- **di voler frequentare gli ulteriori moduli formativi richiesti per ottenere l'attestato di Operatore Sociale Generico;**
- di essere a conoscenza che la frequenza al corso è obbligatoria per poter avere accesso alla valutazione finale e che il conseguimento della qualifica è subordinato al superamento con profitto del successivo tirocinio;
- di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Comitato Regionale di appartenenza ogni variazione relativa ai dati anagrafici forniti nel presente modulo, per permettere l'aggiornamento dell'Albo Nazionale OS.PSD.
- Che ogni altra relativa comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Luogo e data

Firma



Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza l'Associazione

della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge

sulla privacy (Decreto legislativo n° 196 del 30 giugno 2003) limitatamente all'uso di esclusiva

competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data , _____

Firma

Visto per presa visione Presidente del Comitato di appartenenza

Nome e cognome _____

Firma
