



SCHEDA DI ISCRIZIONE

da far pervenire alla Segreteria Organizzativa **entro il 28.09.2009**
fax 031.877384 - mail formazione@bp.lnf.it

corso di formazione
“L’ETICA DEL PRENDERSI CURA”
Bosisio Parini (LC), ottobre 2009 / marzo 2010

La presente scheda di iscrizione, oltre ad essere vincolante per essere ammessi al percorso formativo (e per questo deve essere compilata in ogni sua parte), è fondamentale per accedere e implementare l'**ANAGRAFE DINAMICA DELLE PROFESSIONI SOCIALI**, uno strumento strategico nuovo di cui si è dotato l'Assessorato ai Servizi alla Persona e alla Famiglia della Provincia di Lecco.

Si tratta di un contenitore di informazioni sugli operatori sociali e sociosanitari del territorio, finalizzato a raccogliere elementi utili per assumere decisioni e realizzare investimenti riferiti alle proposte formative, a realizzare approfondimenti tematici, a offrire ulteriori opportunità ai partecipanti ai corsi, a porre le basi per la costruzione di un **OSSERVATORIO DELLE PROFESSIONI SOCIALI** che sia utile per i servizi e per gli operatori che in essi lavorano.

INFORMAZIONI PERSONALI

COGNOME e NOME		<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio
CODICE FISCALE		
DATA di nascita	LUOGO di nascita	
NAZIONALITA'		
INDIRIZZO (via o piazza, n. civico, città, provincia)		
TELEFONO	CELLULARE	
E-MAIL personale	E-MAIL lavorativa	

FORMAZIONE - ESPERIENZA LAVORATIVA

TITOLO DI STUDIO	
<input type="checkbox"/> licenza scuola primaria (elementari)	<input type="checkbox"/> attestato regionale di qualifica professionale
<input type="checkbox"/> licenza scuola secondaria di I grado (medie)	<input type="checkbox"/> laurea vecchio ordinamento
<input type="checkbox"/> diploma di istruzione secondaria di II grado (superiori)	<input type="checkbox"/> laurea nuovo ordinamento (triennale)
	<input type="checkbox"/> laurea nuovo ordinamento (specialistica)
Indicare per esteso DENOMINAZIONE del titolo conseguito:	
.....	
Indicare eventuali SPECIALIZZAZIONI POST LAUREA (master - specializzazioni - dottorati):	
.....	

QUALIFICA PROFESSIONALE (barrare la funzione lavorativa effettivamente svolta)		
<input type="checkbox"/> ASA	<input type="checkbox"/> OSS	<input type="checkbox"/> assistente sociale
<input type="checkbox"/> animatore sociale	<input type="checkbox"/> educatore professionale	<input type="checkbox"/> operatore educativo senza qualifica
<input type="checkbox"/> psicologo	<input type="checkbox"/> pedagogista	<input type="checkbox"/> sociologo
<input type="checkbox"/> insegnante	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> medico specialista in
<input type="checkbox"/> logopedista	<input type="checkbox"/> fisioterapista	<input type="checkbox"/> terapeuta occupazionale
<input type="checkbox"/> terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	<input type="checkbox"/> operatore amministrativo	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)		
<input type="checkbox"/> volontario		

Da quale anno esercita la professione sociale? Dal
Da quale anno opera nel servizio attuale? Dal
Quale ruolo ricopre nel servizio attuale?
<input type="checkbox"/> direttivo <input type="checkbox"/> coordinamento <input type="checkbox"/> operativo <input type="checkbox"/> altro (specificare)
Da quale anno ricopre l'attuale ruolo? Dal
Quale è la tipologia contrattuale lavorativa?
<input type="checkbox"/> lavoro dipendente a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> lavoro dipendente a tempo determinato <input type="checkbox"/> contratto a progetto <input type="checkbox"/> libero professionista
<input type="checkbox"/> altro (specificare)

ENTE DI APPARTENENZA <input type="checkbox"/> ente pubblico <input type="checkbox"/> privato sociale <input type="checkbox"/> privato	
DENOMINAZIONE	
INDIRIZZO (via o piazza, n. civico, città, provincia)	
TELEFONO	FAX

SERVIZIO (progetto - area) in cui opera:	
INDIRIZZO (via o piazza, n. civico, città, provincia)	
TELEFONO	FAX

TIPOLOGIA SERVIZIO

AREA MINORI - FAMIGLIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> servizi prima infanzia
<input type="checkbox"/> educativa di strada
<input type="checkbox"/> consultorio familiare e/o materno infantile
<input type="checkbox"/> servizio tutela minori | <input type="checkbox"/> CAG centro di aggregazione giovanile
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare minori
<input type="checkbox"/> servizi residenziali (Comunità, Alloggi per l'autonomia, Centro di aiuto alla vita) |
|--|---|

AREA ADULTI

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> CRS comunità reinserimento sociale |
|---|

AREA ANZIANI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CDA centro diurno anziani
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare anziani
<input type="checkbox"/> servizi residenziali (RSA, Istituti di riabilitazione, Strutture di ricovero e cura, Hospice) | <input type="checkbox"/> CDI centro diurno integrato
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata |
|---|---|

AREA DIPENDENZE

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SerT, NOA | <input type="checkbox"/> servizi residenziali |
|------------------------------------|---|

AREA DISABILITA'

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CSE centro socio educativo
<input type="checkbox"/> SFA servizio formazione all'autonomia
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare
<input type="checkbox"/> servizi residenziali (RSD residenza sanitario assistenziale per persone con disabilità, CAH comunità residenziale per disabili, CSS comunità alloggio socio sanitaria per persone con disabilità) | <input type="checkbox"/> CDD centro diurno disabili
<input type="checkbox"/> assistenza scolastica |
|--|---|

AREA SALUTE MENTALE

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> CPS centro psico sociale
<input type="checkbox"/> servizi residenziali (comunità protetta, comunità riabilitativa, appartamenti protetti) |
|---|

AREA IMMIGRAZIONE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> (specificare) |
|--|

SERVIZIO SOCIALE DI BASE

ALTRO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> (specificare) |
|--|

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Ha già partecipato a percorsi formativi sul tema oggetto di questo corso (organizzati dalla Provincia di Lecco o da altri Enti)? Sì No
- Ha già partecipato a percorsi formativi promossi dalla Provincia di Lecco? Sì No

ACCREDITAMENTO SISTEMA REGIONALE ECM – Regione Lombardia

Sono interessato ad acquisire i crediti ECM: sì no

Per coloro che intendono acquisire i crediti ECM, il contributo è di € 15, da versare all'Associazione La Nostra Famiglia, secondo le modalità indicate nel programma.

NB: è necessario allegare la fotocopia della ricevuta di versamento.

Dati per la fatturazione (denominazione)

Indirizzo

NEWSLETTER OPS

Autorizzo ad essere iscritto alla mailing list dell'OPS - Osservatorio per le Politiche Sociali - della Provincia di Lecco per ricevere gratuitamente la newsletter mensile nella mia casella di posta elettronica:

sì no

DATA

FIRMA

VISTO DEL RESPONSABILE
(è necessario per essere ammessi al corso)

INFORMATIVA - art. 13 del D.Lgs. 196/03: "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati personali, raccolti per scopi organizzativi nella presente scheda d'iscrizione, saranno trattati in piena osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03.

I diritti dell'interessato – di accesso ai dati personali e altri diritti – sono stabiliti dall'art. 7 del citato decreto.