



SCHEDA DI ISCRIZIONE

da far pervenire **entro il 31.01.2012**
alla Segreteria Organizzativa - **FAX 031 877 376**

corso di formazione
NUOVE PRASSI DI INTEGRAZIONE IN TEMA DI DISABILITÀ
Bosisio Parini (LC), febbraio / maggio 2012

*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
DATA di nascita	LUOGO di nascita	
NAZIONALITA'		
INDIRIZZO (via o piazza e n° civico)		(città e 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"/> diploma universitario vecchio ordinamento
<input type="checkbox"/> diploma di istruzione secondaria di II grado (superiori)	<input type="checkbox"/> laurea vecchio ordinamento
	<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"/> animatore sociale
<input type="checkbox"/> educatore professionale	<input type="checkbox"/> operatore socio educativo	<input type="checkbox"/> operatore educativo senza qualifica
<input type="checkbox"/> pedagogista	<input type="checkbox"/> psicologo	<input type="checkbox"/> sociologo
<input type="checkbox"/> assistente sociale	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> medico specialista in
<input type="checkbox"/> fisioterapista	<input type="checkbox"/> logopedista	<input type="checkbox"/> operatore amministrativo
<input type="checkbox"/> insegnante	<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 e n° civico)	
(città e provincia)	
TELEFONO	FAX

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

TIPOLOGIA SERVIZIO

AREA MINORI - FAMIGLIA

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

AREA ADULTI

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

AREA ANZIANI

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

AREA DIPENDENZE

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

AREA DISABILITA'

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CSE centro socio educativo | <input type="checkbox"/> CDD centro diurno disabili |
| <input type="checkbox"/> SFA servizio formazione all'autonomia | <input type="checkbox"/> assistenza scolastica |
| <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) | |

AREA SALUTE MENTALE

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> CPS centro psico sociale |
| <input type="checkbox"/> servizi semi residenziali (centri diurni) |
| <input type="checkbox"/> servizi residenziali (comunità protetta, comunità riabilitativa) |
| <input type="checkbox"/> residenzialità leggera (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

Informazioni organizzative specifiche sul presente percorso di formazione:

- Intendo partecipare a:
 - TUTTO IL PERCORSO
 - SOLAMENTE A:
 - 1° incontro
 - 2° incontro
 - 3° incontro
 - 4° incontro
 - 5° incontro
 - 6° incontro
 - 7° incontro

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.