

Gentile Sig./Sig.ra,

abbiamo il piacere di informarLa che, con la pubblicazione delle graduatorie provvisorie, relative ai candidati inseriti nella Linea «C» dell'Avviso pubblico per i corsi di qualifica e specializzazione per Operatori Socio Sanitari, la Regione Sardegna – Assessorato del Lavoro e Formazione Professionale – ha autorizzato l'avvio delle procedure di formazione delle classi per i corsi che saranno attivati presumibilmente dal prossimo mese di settembre.

Dalla ricognizione degli atti in nostro possesso, è emerso un contestuale inserimento della S.V. in più graduatorie nei differenti lotti, della stessa provincia, affidati a diverse Agenzie, aspetto questo che determina l'obbligo di individuare elementi certi in tema di frequenza di un solo percorso.

Sulla base delle prescrizioni del citato Avviso pubblico, la S.V. dovrà pertanto esercitare il proprio DIRITTO DI SCELTA entro 5 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, consegnando a mano, o restituendo per lettera raccomandata l'allegato modello di opzione (Allegato A), all'Agenzia individuata come prima scelta.

Le scelte espresse risulteranno **vincolanti e irreversibili** e verranno trasmesse, a cura dell'Agenzia ricevente, alle altre Agenzie nelle cui graduatorie la S.V. risulta contestualmente inserita, al fine di consentirne la convocazione dei candidati collocati in posizioni di graduatoria immediatamente utili.

Nell'ipotesi di superamento dei posti disponibili nel Lotto specifico dell'Agenzia scelta, ma nel rispetto della sequenza delle opzioni espresse, la S.V. verrà presa in carico da una delle altre Agenzie indicate come seconda, terza o quarta scelta, non perdendo così il diritto alla frequenza del corso e nel rispetto della posizione originaria di graduatoria. **Posizione di graduatoria che – è bene ricordarlo – è stata determinata in forma provvisoria, sulla base degli elementi forniti e fatti salvi eventuali diritti di terzi.**

Successivamente alla restituzione della **OPZIONE DI SCELTA**, che dovrà avvenire entro i primi **5 GIORNI** dalla ricezione della presente (farà fede la data di ricevimento), la S.V. **dovrà produrre** all'Agenzia individuata come prima opzione, entro **10 giorni** dalla trasmissione della opzione di scelta, tutta la documentazione evidenziata nell'elenco sotto indicato, in originale o copia conformizzata.

In pratica, fermo restando l'obbligo di esprimere la scelta entro 5 giorni, la S.V. avrà 15 giorni dal ricevimento della presente per completare tutte le operazioni, trascorsi i quali perderà qualsiasi diritto alla frequenza del corso.

Elenco documenti da produrre:

- Certificato attestante la residenza **al 12.06.2011** rilasciato dal Comune;
- Documento d'identità **in corso di validità** correttamente fotocopiato;
- Originale o copia conforme di attestato di qualifica OSS;



En.A.P. SARDEGNA
Ente Addestramento Professionale



CentroProfessionaleEuropeo
LEONARDO

- Originale o copia conforme di attestati di frequenza ai corsi di aggiornamento dichiarati, con indicazione di data di svolgimento, numero di ore svolte, materie caratterizzanti il corso;
- Scheda anagrafica del CSL di appartenenza, oppure contratti di lavoro/lettere di incarico, oppure certificati di servizio in originale (Allegato B), dai quali si risalga all'inquadramento e alle mansioni svolte nelle:
 - A. Attività lavorative pregresse dichiarate in autocertificazione;
 - B. Attività lavorativa svolta fino al 12.06.2011
- Autorizzazione **attuale** del datore di lavoro alla frequenza del corso (Allegato C).

I format (Allegato B e C) saranno scaricabili presso i siti web delle varie Agenzie.

Il mancato esercizio del DIRITTO DI SCELTA o la mancata TRASMISSIONE della documentazione comprovante i titoli oggetto di attribuzione dei punteggi entro i termini stabiliti, costituiranno ESPRESSA RINUNCIA da parte della S.V. alla frequenza di tutti corsi e determineranno l' IMMEDIATA CANCELLAZIONE dalle relative graduatorie.

La invitiamo pertanto a leggere e prestare attenzione alla sua posizione nelle differenti graduatorie nei differenti lotti e agenzie, in maniera tale da poter esercitare la scelta con la massima consapevolezza.

Nell'assicurarLe che tutte le informazioni oggetto della presente comunicazione verranno diffuse tra le Agenzie firmatarie, al fine di evitare qualsiasi disagio o aggravio di adempimenti a carico della S.V.

La salutiamo cordialmente.



En.A.P. SARDEGNA
Ente Addestramento Professionale



Evolvere
Metodi, Consulenza, Ricerca,
Progettazione per lo Sviluppo Locale &
Formazione delle Risorse Umane



UNI EN ISO 9001:2008
CERTIQUALITY
SISTEMA DI GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO



isforcoop
Istituto sardo per la formazione cooperativa



CentroProfessionaleEuropeo
LEONARDO

Allegato A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____

Preso visione di **tutte le graduatorie** relative ai differenti lotti attribuiti alle diverse agenzie nella Provincia di Cagliari, e alla nota con la quale viene richiesta l'esigenza di esprimere la scelta per la frequenza al corso di formazione per Operatore Socio Sanitario dichiara di effettuare la seguente scelta:

Attribuire un numero progressivo da 1 a 7, dove "1" è la prima scelta e "7" l'ultima.

- Evolvere Lotto 1** – Via Guantino Cavallino, 27 - 09131 Cagliari – tel.070 553185
- En.A.P. Sardegna Lotto 2** – Via Mazzini 3, – 09013 Carbonia – tel. 0781.674798
- I.S.For.Coop. Lotto 2** – Via Efisio Loni, 6 – Loc. Su Planu 09047 Selargius – tel.070 541165
- I.S.For.Coop. Lotto 5** – Via Efisio Loni, 6 – Loc. Su Planu 09047 Selargius – tel.070 541165
- CPE Leonardo Lotto 4** – Viale Poetto , 312 – 09126 Cagliari – tel. 070 3839082
- CPE Leonardo Lotto 5** – Viale Poetto , 312 – 09126 Cagliari – tel. 070 3839082
- Altro**

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

Allega alla presente i seguenti documenti:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità;

Luogo e data _____

Firma _____