



**RICHIESTA ACCREDITAMENTO EVENTI FORMATIVI
A RILEVANZA REGIONALE**

Titolo dell'evento formativo	_____
Denominazione soggetto/ente/agenzia proponente	_____
Stato giuridico	<input type="checkbox"/> soggetto pubblico <input type="checkbox"/> soggetto privato <input type="checkbox"/> Ente accreditato presso il Consiglio Nazionale Ordine Assistenti sociali <input type="checkbox"/> Ente che ha già inviato la richiesta di accreditamento presso il Consiglio Nazionale Ordine Assistenti sociali in data _____ <input type="checkbox"/> Ente che ha richiesto l'autorizzazione provvisoria al Consiglio Regionale Ordine Assistenti Sociali per la realizzazione dell'evento formativo sopra indicato <input type="checkbox"/> Ente già convenzionato con il Consiglio Regionale Ordine Assistenti Sociali per la realizzazione dell'evento formativo sopra indicato
Codice fiscale/partita IVA	<input type="checkbox"/> Codice fiscale _____ <input type="checkbox"/> Partita IVA _____
Sede legale	<input type="checkbox"/> Via _____ n. _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> CAP _____ <input type="checkbox"/> Regione _____ <input type="checkbox"/> Provincia _____ <input type="checkbox"/> Sito web _____ <input type="checkbox"/> e-mail _____

<p>Eventuale sede operativa <i>(da compilare solo se diversa dalla sede legale)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Via _____ n. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Comune _____</p> <p><input type="checkbox"/> CAP _____</p> <p><input type="checkbox"/> Regione _____</p> <p><input type="checkbox"/> Provincia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sito web _____</p> <p><input type="checkbox"/> e-mail _____</p>
<p>La partecipazione da parte degli iscritti è a titolo:</p>	<p><input type="checkbox"/> Gratuito</p> <p><input type="checkbox"/> Oneroso – quota d’iscrizione pari ad € _____ IVA inclusa</p>
<p>Responsabile dell’evento formativo</p>	<p><input type="checkbox"/> Cognome e nome _____</p> <p><input type="checkbox"/> Titolo di studio _____</p> <p><input type="checkbox"/> Telefono _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cellulare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fax _____</p> <p><input type="checkbox"/> e-mail _____</p>
<p>Segreteria organizzativa <i>(da compilare solo se i dati forniti sono diversi da quelli sopra indicati)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Cognome e nome _____</p> <p><input type="checkbox"/> Titolo di studio _____</p> <p><input type="checkbox"/> Telefono _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cellulare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fax _____</p> <p><input type="checkbox"/> e-mail _____</p>
<p>L’evento formativo ha rilevanza</p>	<p><input type="checkbox"/> regionale</p> <p><input type="checkbox"/> provinciale</p> <p><input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____</p>
<p>L’evento formativo verrà replicato in altri ambiti territoriali regionali/extraregionali?</p>	<p><input type="checkbox"/> sì nei seguenti ambiti territoriali/altra regione _____</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____</p>
<p>Tipologia dell’evento formativo</p>	<p><input type="checkbox"/> congresso</p> <p><input type="checkbox"/> convegno</p> <p><input type="checkbox"/> conferenza</p> <p><input type="checkbox"/> seminario</p> <p><input type="checkbox"/> corso</p> <p><input type="checkbox"/> corso di perfezionamento</p> <p><input type="checkbox"/> corso di e-learning</p> <p><input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____</p>

Destinatari dell'evento formativo	<input type="checkbox"/> Assistenti sociali <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Infermieri <input type="checkbox"/> Psicologi <input type="checkbox"/> OSA/OSS <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____
Obiettivi/finalità dell'evento formativo	
Descrizione dei contenuti trattati nell'ambito dell'evento formativo	
Descrizione dettagliata dei contenuti inerenti gli aspetti deontologici della professione dell'Assistente sociale trattati nel corso dell'evento formativo ed articoli di riferimento del Codice deontologico	
Sede di svolgimento e date dell'evento formativo	<input type="checkbox"/> Sede _____ <input type="checkbox"/> Via _____ <input type="checkbox"/> Numero civico _____ <input type="checkbox"/> Date di svolgimento _____
Durata dell'evento formativo	<input type="checkbox"/> N. ore complessive _____ (escluse pause caffè e pranzo)
Verifica dell'apprendimento	<input type="checkbox"/> E' prevista la somministrazione di una scheda di verifica <input type="checkbox"/> Non è prevista
Modalità di rilevazione delle presenze <i>(NB: il certificato di frequenza va rilasciato solo a coloro che hanno partecipato ad almeno l'80% delle ore previste)</i>	<input type="checkbox"/> rilevazione cartacea <input type="checkbox"/> rilevazione elettronica <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____
Servizio di traduzione in caso di utilizzo di lingue straniere	<input type="checkbox"/> E' prevista traduzione simultanea <input type="checkbox"/> Non è prevista traduzione simultanea <input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____
Formatori/docenti/collaboratori <i>(inviare in allegato copia dei relativi curricula firmati e in formato pdf - indicare in particolare se trattasi di Assistenti sociali)</i>	<input type="checkbox"/> Cognome e nome _____ <input type="checkbox"/> Titolo di studio _____ <input type="checkbox"/> Attività svolta _____ <input type="checkbox"/> Cognome e nome _____ <input type="checkbox"/> Titolo di studio _____ <input type="checkbox"/> Attività svolta _____ <input type="checkbox"/> Cognome e nome _____ <input type="checkbox"/> Titolo di studio _____ <input type="checkbox"/> Attività svolta _____

	<input type="checkbox"/> Cognome e nome _____ <input type="checkbox"/> Titolo di studio _____ <input type="checkbox"/> Attività svolta _____
Metodologie didattiche adottate	<input type="checkbox"/> lezioni frontali <input type="checkbox"/> lavori di gruppo <input type="checkbox"/> studio di casi <input type="checkbox"/> utilizzo di video <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
Materiale didattico fornito ai partecipanti	<input type="checkbox"/> non viene fornito materiale didattico <input type="checkbox"/> dispense <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

Allegare:

- eventuale locandina/materiale divulgativo dell'evento formativo
- curricula* dei formatori firmati e in formato pdf
- richiesta di autorizzazione all'Ordine Regionale per l'accreditamento degli eventi formativi in attesa di risposta da Cnoas

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che viene qui di seguito trascritto:

- “1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*
- 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*
- 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*
- 4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte”.*

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato che, ai sensi dell'art. 9 comma 2 delle “Linee Guida operative per la sperimentazione della formazione continua degli Assistenti sociali”, l'Ordine Regionale potrà prevedere l'esonero dell'iscritto dalle attività formative anche solo parzialmente, determinandone contenuto e modalità.

Allegare copia del documento di identità.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati raccolti mediante il presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Essi potranno essere memorizzati con mezzi elettronici, elaborati e diffusi anche a terzi, per finalità collegate all'effettuazione del servizio ed all'elaborazione statistica, nonché di loro incaricati.

Titolare del trattamento è l'Ordine degli Assistenti Sociali Regione Trentino Alto Adige - Kammer der Sozialassistenten der Region Trentino Südtirol -Via Mancini 25/8 - 38122 TRENTO - Responsabile del trattamento è il Segretario dell'Ordine.

In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Decreto legislativo 196/2003.

La informiamo inoltre che, sempre ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare i suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione alla legge.

Il sottoscritto pienamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, fornisce il proprio consenso, affinché l'Ordine degli Assistenti Sociali Regione Trentino Alto Adige - Kammer der Sozialassistenten der Region Trentino Südtirol -Via Mancini 25/8 - 38122 TRENTO, proceda al trattamento dei dati forniti attraverso il presente modulo, in conformità all'informativa ricevuta.

Data _____

Firma _____