

**CASA DI OSPITALITA'**

**”S.TERESA DEL BAMBINO GESU’ ”**

Via Umberto, 203 Tel.(0922) 877053 - Fax (0922) 883255

e-mail: [santateresabg@virgilio.it](mailto:santateresabg@virgilio.it)

**CAMPOBELLO DI LICATA (AG)**

**DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

**N°114**

**Del 28/07/2017**

**OGGETTO**

**CONVENZIONE CON L'ENTE DI FORMAZIONE ENDASFORM  
MOLISE AGENZIA FORMATIVA TERRITORIALE CON SEDE IN  
RIPALIMOSANI (CB) PER TIROCINIO O.S.S..**

L'anno **duemiladiciassette** addì **ventotto** del mese di Luglio in Campobello di Licata alle ore 16,00 nel solito locale delle adunanze, si è riunito il Consiglio di Amministrazione del suddetto Ente in seguito ad invito diramato nei termini e nelle forme prescritte dalla legge, per trattare gli oggetti nell'Ordine del giorno e risultanti dal relativo avviso.

Risultano presenti i Signori:

<b>1. Avv. Puntarello Giovanni</b>	<b>Presidente</b>
<b>2. Sac. Giordano Liborio</b>	<b>Consigliere</b>
<b>3. Sig. Novara Salvatore</b>	<b>Consigliere</b>
<b>4. Sig. Giammalva Pietro Giuseppe</b>	<b>Consigliere</b>

**Assenti i Consiglieri:**

- 1. Dott.Turco Maria Rita Veronica**

**Con l'assistenza del segretario rag. Capobianco Crocifissa, ha adottato la seguente deliberazione:**

**VISTA** la richiesta del 04/05/2017 da parte dell'Agenzia Formativa territoriale Endasform Molise Via Alcide De Gaspari n. 26 Ripalimosani (CB), pervenuta in data 19/05/2017 ed assunta al protocollo dell'Ente al n. 215, con la quale si chiede la disponibilità ad ospitare in questa struttura i tirocinanti iscritti al corso per Operatore Socio Sanitario;

**VISTA** la propria nota n. 216 del 20/05/2017 con la quale all'ente di formazione veniva data la disponibilità e richiesti i seguenti documenti:

- 1) Schema di convenzione;
- 2) Copia autentica polizza INAIL tirocinanti;
- 3) Planning settimanale contenente gli orari di suddivisione delle presenze;
- 4) Registro delle presenze vidimato ai sensi di legge;
- 5) Nome del Tutor di riferimento del corso;
- 6) Copia autentica dell'autorizzazione Regionale del corso;
- 7) Copia individuale polizza responsabile civile di ogni tirocinante;
- 8) Elenco completo dei tirocinanti;
- 9) Progetto formativo.

**CHE** i documenti suddetti sono stati prodotti dall'ente;

**VISTO** lo schema di convenzione allegata alla presente sotto la lettera "A" e che fa parte integrante del presente provvedimento;

**DATO ATTO** che nessuna spesa è a carico di questo Ente;

**RITENUTO** che nulla osta alla stipula della suddetta convenzione;

**VISTO** lo statuto dell'Ente;

**VISTA** la legge 17/7/1890, n. 6972;

**VISTA** la L.R. 22/86;

**VISTA** la L.R. 10/99;

**VISTA** la L.R. 19/2005

**AD UNANIMITA' DI VOTI  
D E L I B E R A**

**Per i motivi sopra indicati che qui di seguito si intendono integralmente riportati:**

**BILANCIO 20\_\_**

**SITUAZIONE**

**Tit. \_\_\_ Cap \_\_\_ Art**

**VEDI DELIBERA**

**DI APPROVARE** l'allegata Convenzione con l'Agenzia Formativa Territoriale Endasform Molise Via Alcide De Gasperi n. 26 Ripalimosani (CB), per l'accoglimento di N. 6 tirocinanti iscritti al corso per Operatore Socio Sanitario approvato dalla Giunta Regionale della Regione Molise con delibera n. 136/2009.

\*\*\*\*\*

Letto e confermato si sottoscrive

IL PRESIDENTE

AVV. PUNTARELLO GIOVANNI

GLI AMMINISTRATORI

SIG. NOVARA SALVATORE

D.SSA TURCO MARIA RITA VERONICA

SAC. GIORDANO LIBORIO

SIG. GIAMMALVA PIETRO GIUSEPPE

Afirmatari

IL SEGRETARIO

RAG. CAPOBIANCO CROCIFISSA

Campobello di Licata \_\_\_\_\_ 20\_\_

**ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

**IL SEGRETARIO CERTIFICA**

Che questa deliberazione, in applicazione della L.R. 03/12/1991, n. 44 è stata affissa all'albo informatico di questo Ente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e contro la stessa non fu presentato nessun reclamo.

**IL SEGRETARIO**

**RAG. CAPOBIANCO CROCIFISSA**

Per copia conforme all'originale da servire per uso amministrativo

Campobello di Licata \_\_\_\_\_ 20\_\_

**IL SEGRETARIO**

**Visto: IL PRESIDENTE**