



fondo
sociale europeo

Spettabile

DOMANDA DI ADESIONE – TARGET 1 – ASSISTENTE FAMILIARE

Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali – POR-FSE 2014/2020 Misura 2.9iv 8.2.2.

Progetto “INSIEME PER LA CURA VERSO UN’ASSISTENZA FAMILIARE QUALIFICATA”

finanziato dalla Regione Piemonte con determinazione n. 939 del 28/8/2018

realizzato dalla Città di San Mauro T.se, in co-progettazione con le reti territoriali che operano a diverso titolo nell’ambito dell’Assistenza Familiare (deliberazione della Giunta comunale n. 177 del 28/11/2018).

DATI ANAGRAFICI

Il/la Sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome – stampatello leggibile – **dato obbligatorio**)

nato/a a _____ Stato _____
(Luogo di nascita (Città) – **dato obbligatorio**)

il ___/___/_____ residente in _____
(Data di nascita – **dato obbligatorio**)

via _____ CAP _____

domiciliato/a a _____
(in caso l’indirizzo del domicilio sia diverso dalla residenza)

via _____ CAP _____

Cittadinanza _____
(**dato obbligatorio**)

Eventuale permesso di soggiorno n° _____ scadenza _____,
(**dato obbligatorio per i cittadini extracomunitari** – Il permesso di soggiorno deve essere in corso di validità)

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Indirizzo mail _____



per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva
www.regione.piemonte.it/europa2020
INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCESSO

- Età pari o superiore ai 18 anni
- Possesso del diploma secondario di 1° grado (Licenza Media) conseguito e/o riconosciuto in Italia
- Di non essere in possesso del diploma secondario di 1° grado (Licenza Media) conseguito e/o riconosciuto in Italia e di essere disponibile all'accertamento delle competenze in ingresso
- Esperienza pregressa di assistente familiare con attività di cura della persona di almeno sei mesi, anche non consecutivi. (L'esperienza autocertificata sarà oggetto di verifica attraverso un percorso di individuazione, validazione e certificazione di competenze)
- Conoscenza della lingua italiana

1. TITOLO DI STUDIO: Licenza Media Diploma Laurea

Conseguimento del titolo di Studio Italia presso la Scuola _____
_____ di _____ Anno scolastico _____

Estero (riconosciuto in Italia)

2. ATTESTATI E QUALIFICHE NEL SETTORE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Obbligatorio indicare SI o NO	SI/NO	SEDE (Città/ Stato se estero)	DATA (conseguimento)
Qualifica per Assistente Familiare 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1° Modulo OSS 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2° Modulo OSS 400 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Corso OSS con qualifica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diploma Infermieristico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3. ESPERIENZE: obbligatorio, esperienza pregressa di assistente familiare con attività di cura della persona di almeno sei mesi, anche non consecutivi.

4. STATO OCCUPAZIONALE: disoccupato occupato occupato part-time

ISCRIZIONE PRESSO IL CENTRO PER L'IMPIEGO: No Si (Specificare Sede)

Sede Centro Impiego: _____

5. DISPONIBILITÀ per futuro eventuale rapporto di lavoro

tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

tempo pieno tempo parziale

CONVIVENTE NON CONVIVENTE

6. PATENTE B Si No **AUTOMUNITO** Si No

Il sottoscritto prende atto che:

la frequenza ad eventuale corso di formazione è obbligatoria, con numero massimo di assenze non superiori a 1/3 delle ore del corso. Al termine del percorso formativo, previo superamento degli esami, sarà rilasciato un Attestato di qualifica professionale di "Assistente Familiare".

La presente domanda è da presentare A MANO, a scelta presso i recapiti sotto riportati, dal 8 APRILE 2019, con erogazione dei servizi fino alla concorrenza delle risorse finanziarie disponibili:

Agenzia Formativa CONSAF	Via Torino 273 San Mauro T.se	lunedì da ore 14.00 a ore 17.00 mercoledì da ore 09.00 a ore 12.00 giovedì da ore 09.00 a ore 12.00
Consorzio Sociale ABELE LAVORO	Via dell'Asilo 11 San Mauro T.se	lunedì da ore 09.00 a ore 12.00 venerdì da ore 09.00 a ore 12.00

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445 in caso di false dichiarazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto affermato corrisponde a verità e si impegna a provarlo mediante la presentazione dei documenti attestanti le dichiarazioni.

Data _____

FIRMA _____
(obbligatoria)

Informativa sulla Privacy

- Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'esecuzione delle procedure per la partecipazione al Bando "Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali".
- I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nella pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati.
- Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali.
- In relazione alle finalità del Bando i dati potranno essere comunicati e/o inseriti nella banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali.
- Il Titolare del trattamento dei dati è: Comune di San Mauro T.se.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

FIRMA _____
(obbligatoria)

ALLEGATI:

- documento di identità in corso di validità (fotocopia)
- permesso di soggiorno in corso di validità (fotocopia)
- _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

RICEVUTO IN DATA _____

ALLE ORE _____

TIMBRO E FIRMA

CONSEGNATA COPIA IN DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE PER RICEVUTA