

REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI
DOMANDA DI ISCRIZIONE

**All'Ente gestore dei servizi associati del
Piano Locale Unitario dei Servizi alla
Persona (PLUS)
All'Attenzione dell'UFFICIO DI PIANO
Comune di Carbonia**

OGGETTO: domanda di iscrizione Registro pubblico Assistenti familiari. Avviso 2021

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere iscritto/a al Registro pubblico degli Assistenti Familiari del Distretto Sociosanitario di Carbonia.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità civili e penali in cui incorre chi rende dichiarazioni mendaci o reticenti su qualità o stati personali, **dichiara** sotto la propria responsabilità:

a) Di essere nato/a a _____ il _____ Prov. _____ e pertanto di avere compiuto la maggiore età;

b) Di avere il seguente codice fiscale _____;

c) Di essere residente nel Comune di _____ via _____ n _____;

d) Di essere domiciliato/a a _____ via _____ n _____ (se diverso dalla residenza);

e) Di aver preso atto dei contenuti dell'avviso di cui all'oggetto;

f) Di poter essere contattato/a ai seguenti recapiti per eventuali comunicazioni relative alla procedura in oggetto: telefono: _____; e-mail: _____.

g) Di avere cittadinanza _____;

h) Di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri);

i) Di avere una sana e robusta costituzione;

n) Di avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);

o) Di essere in possesso di regolare titolo di soggiorno (per i cittadini stranieri);

p) Di essere in possesso di diploma di _____ conseguito in data _____ presso la scuola/Ente _____ della città di _____;

q) Di essere in possesso di Laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____ della città di _____;

r) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Carbonia, qualunque variazione sui dati

personali relativi ai propri recapiti telefonici, di residenza o domicilio e l'eventuale perdita dei requisiti per l'ammissione al Registro (la perdita anche di uno solo dei requisiti per l'iscrizione comporterà l'immediata cancellazione dal registro e l'obbligo alla restituzione del tesserino).

s) **Dichiara** inoltre, di possedere uno o più dei seguenti requisiti necessari per l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari (barrare la casella che interessa e completare con le informazioni richieste):

Di avere frequentato dei corsi di formazione professionale **ai sensi della Legge 845/1978** della durata di almeno **200 ore, (o altrimenti riconosciuto dalla Regione Sardegna), afferente l'area dell'assistenza alla persona.**

A tale proposito dichiara di avere frequentato, con esito positivo, il corso di _____ della durata di ore _____ in data _____, presso _____

Di possedere una **qualifica professionale inerente l'ambito dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona;**

A tale proposito dichiara di possedere la qualifica di _____ conseguita in data _____ mediante la frequenza di un corso di ore _____ presso l'Ente/scuola _____ del _____ Comune di _____

Di aver frequentato il corso di formazione attivato da un ente pubblico e inerente l'ambito della assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona, della durata di almeno **150 ore**, atti ad assicurare l'acquisizione di competenze di base, tecnico-professionali e trasversali inerenti il lavoro dell'assistente familiare (saranno ritenuti validi ai fini dell'iscrizione i titoli esteri equipollenti riconosciuti dal Ministero delle Politiche Sociali. Tali titoli dovranno essere consegnati tradotti in lingua italiana).

A tale proposito dichiara di avere frequentato, con esito positivo, il corso dal titolo _____, organizzato da _____ della durata di ore _____, in data _____.

Di avere maturato **esperienza lavorativa documentata con regolare assunzione di almeno 12 mesi** nel campo della cura domiciliare alla persona:

- presso _____ dal _____ al _____ con il seguente inquadramento e mansioni previste dal contratto _____

_____;
_____;

- presso _____ dal _____ al _____
_____ con il seguente e mansioni previste dal contratto

_____;

- presso _____ dal _____ al _____
_____ con il seguente inquadramento e mansioni previste dal contratto

_____;

Ad integrazione della domanda il/la sottoscritto/a **dichiara** infine di:

- Essere disponibile al lavoro notturno: _____
 SI NO (Specificare apponendo una X sull'opzione desiderata);

- Essere disponibile a prestare l'attività lavorativa nei seguenti giorni :

_____ LUN MAR MER GIO VEN SAB DOM

- Disponibilità oraria: _____
 massima disponibilità
 da concordare
 altro _____

- Essere disponibile a prestare attività lavorativa nel/i seguente/i Comune/i:

ALTRI COMUNI _____

- Aver lavorato con pazienti affetti dalle seguenti patologie:

- Possedere la patente di guida SI NO

- Essere automunito SI NO

Ulteriori informazioni su qualità e stato del candidato che possano essere ritenute utili ai fini della valutazione della domanda:

Il Comune di Carbonia, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Il candidato allega alla presente la seguente documentazione:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità;
 - Fotocopia della tessera sanitaria;
 - Fotocopia permesso/carta di soggiorno (solo per i cittadini stranieri extracomunitari);
 - Fotocopia dei contratti di lavoro indicati nella domanda;
 - Fotocopia degli attestati di qualifica e di frequenza relativi ai corsi indicati nella domanda;
 - Curriculum vitae indicando prevalentemente l'esperienza richiesta in oggetto ;
 - Eventuali titoli esteri equipollenti tradotti in lingua italiana (per i cittadini stranieri).
 - altro
-
-
-

Il/la sottoscritto/a fornisce ai sensi del D.Lgs.196/2003 il proprio consenso affinché i dati personali dichiarati nella presente, come pure quelli che verranno comunicati in futuro ad integrazione dei suddetti, vengano trattati e comunicati a terzi incaricati, esclusivamente per scopi consentiti dalla Legge.

Data ____ / ____ / ____

Il Dichiarante
