Al Responsabile

Area Amm.va/Contabile/Demografica

Comune di Appignano (MC)

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO CITTADINO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso (barrare la casella) M □ F □ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Provincia o Stato Estero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Cell.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(compilare solo in caso di domicilio diverso dalla residenza) domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_;

Documento di identità n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data rilascio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ente di rilascio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permesso di soggiorno (per i cittadini extra-UE) n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter essere iscritto/a nel registro cittadino degli Assistenti familiari.

A tal fine, consapevole delle responsabilità, della decadenza da benefici e delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

(barrare con un segno x le caselle corrispondenti alla propria condizione):

□ di avere compiuto 18 anni;

□ di essere in possesso di regolare titolo di soggiorno (per i cittadini extra-UE);

□ di possedere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri);

□ di avere assolto l’obbligo scolastico o, per i cittadini stranieri, di essere in possesso di titolo equipollente;

□ di non aver conseguito condanne penali passate in giudicato e di non aver carichi penali pendenti per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale;

□ di essere in possesso di un attestato relativo a un corso di formazione nel lavoro di cura o nell'area dei servizi sociosanitari (Dirigente di comunità, OSS...)

□ di avere esperienza acquisita “ on the job” in materia di assistenza alla persona di almeno 6 mesi, anche non continuativi, documentabile attraverso contratti e/o buste paga oppure certificazioni riepilogative dei contratti di lavoro

□ di aver frequentato idoneo corso di formazione, già concluso positivamente alla data d’iscrizione e afferente all’area dell’assistenza alla persona

□ di essere iscritto all’elenco regionale degli assistenti domiciliari previsto da DGR 118/2009 consultabile su [www.servizisociali.marche.it](http://www.servizisociali.marche.it/)

□ di essere in possesso del Green Pass (finché previsto dalle disposizioni nazionali e regionali anticovid);

REQUISITI FORMATIVI E PROFESSIONALI (compilare i punti relativi ai requisiti posseduti)

□ di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 □ di essere in possesso della seguente qualifica professionale afferente l’area dell’assistenza alla persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di aver frequentato i seguenti corsi di formazione (con rilascio di attestato di frequenza) afferenti all’area dell’assistenza alla persona:

1) denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore complessive pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestato rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore complessive pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestato rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di avere maturato le seguenti esperienze lavorative documentate nel campo della cura alla persona:

1) mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4) mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5) mansione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

ULTERIORI INFORMAZIONI

1) ATTUALE POSIZIONE LAVORATIVA:

□ occupato (n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ disoccupato

2) DISPONIBILITÀ LAVORATIVA:

□ immediata □ a partire da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEI SEGUENTI GIORNI:

□ Lunedì □ Martedì □ Mercoledì □ Giovedì □ Venerdì □ Sabato □ Domenica

4) DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEI SEGUENTI ORARI: □ solo di mattina □ solo di pomeriggio □ mattina e pomeriggio (no orario notturno) □ a tempo pieno (anche con orario notturno – ovvero convivenza 24 ore) □ domeniche e festivi □ solo orario notturno

5) DISPONIBILITÀ AD OCCUPARSI DELL’ASSISTENZA DI : □ uomini □ donne □ anziani

□ disabili adulti □ disabili minori

6) ESPERIENZA LAVORATIVA MATURATA CON PERSONE CHE PRESENTAVANO LE SEGUENTI PROBLEMATICHE: □ Parkinson □ Alzheimer/demenza □ Non vedente □ Non deambulante □ Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA (solo per i cittadini stranieri): □ sufficiente

□ buona □ ottima

8) POSSESSO PATENTE DI GUIDA: □ Si Tipo: \_\_\_\_\_\_\_ □ No Automunito/a Si □ No □;

9) SPECIFICARE EVENTUALI PREFERENZE CIRCA LE MANSIONI LAVORATIVE DA SVOLGERE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare al presente modulo di domanda la seguente documentazione:

♣ Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;

♣ Fotocopia del permesso di soggiorno (per i cittadini extra-UE);

♣ Curriculum vitae debitamente datato e firmato;

♣ Fotocopia di eventuali titoli di studio o qualifiche professionali nel settore dell’assistenza (tradotti in lingua italiana);

♣ Fotocopia di eventuali attestati di frequenza a corsi di lingua italiana;

♣ Fotocopia dei documenti comprovanti esperienza lavorativa maturata nel settore dell’assistenza (contratti di lavoro);

La presente richiesta è finalizzata (qualora il candidato sia in possesso dei requisiti richiesti) all’iscrizione nel registro cittadino degli Assistenti Familiari. L’iscrizione al Registro ha validità annuale. Entro il 31 gennaio di ogni anno sarà necessario riconfermare mediante apposita dichiarazione da rendersi in forma scritta la propria disponibilità.

Qualunque variazione sui dati personali, sui requisiti professionali o sulla disponibilità lavorativa dovrà essere tempestivamente comunicata al Comune di Appignano per il necessario aggiornamento del Registro.

La perdita anche di uno solo dei requisiti necessari all’iscrizione dovrà essere comunicata dall’assistente familiare al Comune di Appignano.

Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 si autorizza il Comune di Appignano al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, anche mediante l’utilizzo di procedure informatiche, nonché la comunicazione a terzi esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Appignano, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_