

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4.2



DISTRETTO SOCIOSANITARIO

RMF 4.2

Comuni di Cerveteri e Ladispoli

Ufficio di Piano

All'Ufficio di Piano
Distretto RMF 4.2

**Oggetto: Domanda d'iscrizione/di aggiornamento all'iscrizione al Registro Pubblico degli
Assistenti Familiari**

Il/ La Sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE ----- _____

Nato/a a _____ il _____

Stato _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____ n _____

Domiciliato a _____ in Via/P.zza _____ n _____

Tel. /cell. _____

Email: _____

Carta Identità/Patente n. _____ rilasciata da _____

il _____ scadenza il _____

Solo per i cittadini stranieri:

Carta/Permesso di soggiorno n. _____ rilasciato dalla

Questura di _____

Data di rilascio/ ultimo rinnovo _____ data di scadenza _____

CHIEDE

(barrare la casella che interessa)

- l'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari/oss/badanti del Distretto RMF4.2;
- l'aggiornamento dell'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari/oss/(badanti

Domanda d'iscrizione/di aggiornamento all'iscrizione al Registro Pubblico degli Assistenti Familiari

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4.2



DISTRETTO SOCIOSANITARIO

RMF 4.2

Comuni di Cerveteri e Ladispoli

Ufficio di Piano

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

- di aver compiuto 18 anni;
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (cittadini stranieri);
- di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (cittadini stranieri);
- di aver assolto all'obbligo scolastico (cittadini italiani) e, per i cittadini stranieri, avere un titolo equipollente;
- di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere in possesso di un' attestato di frequenza di un corso di formazione professionale teorico pratico, della durata di almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona;

oppure

- di essere in possesso della qualifica professionale (OSS, OSA, ADEST, OTA o altro titolo equipollente) nel campo dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area della cura alla persona. Indicare:

Qualifica

n. ore di formazione

oppure

- di essere in possesso di un titolo estero equipollente riconosciuto dal Ministero delle Politiche Sociali (per i cittadini stranieri i titoli esteri devono essere consegnati e tradotti in lingua italiana), indicare il titolo _____

oppure

- di aver maturato un'esperienza lavorativa con regolare assunzione documentata di almeno 5 anni nel campo della cura domiciliare alla persona, presso:

Datore di lavoro

Luogo

Data di inizio

Data di fine

Domanda d'iscrizione/di aggiornamento all'iscrizione al Registro Pubblico degli Assistenti Familiari

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4.2



DISTRETTO SOCIOSANITARIO

RMF 4.2

Comuni di Cerveteri e Ladispoli

Ufficio di Piano

E di aver avuto precedenti esperienze lavorative con persone:

- Autosufficienti;**
- Non autosufficienti:**
 - con Fragilità motoria
 - con Deficit Motorio (che necessitano di supporto o ausili)
 - Allettati
 - Affetti da Deficit Mentale (Alzheimer, Demenze, ecc)
 - Affetti da Patologia Psichiatrica
- Altro (Indicare _____)

oppure

- di aver frequentato con esito positivo un corso di formazione attivato da un comune o da altri Enti Pubblici della durata di almeno 200 ore. Indicare:

Denominazione del Corso Frequentato _____
svoltosi presso _____
n. ore di formazione _____

Allegati alla domanda:

1. Curriculum Vitae formato Europeo datato e firmato;
2. foto formato tessera;
3. Attestato di qualifica
4. Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;
5. Certificazione dell'attuale svolgimento di un corso firmata dal Rappresentante dell'ente formativo

Data _____

Firma _____