

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Ufficio Piano sociale di Zona
Comune di Tivoli
Capofila Ambito Territoriale Ottimale Roma 5
Piazza del Governo, 1
00019 Tivoli (RM)

Oggetto: Richiesta di partecipazione al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, secondo quanto riportato nella Deliberazione della Regione Lazio n. 609 del 31/07/2007 e nell'allegato 1 del documento stesso.

Da compilare in ogni parte, **a pena di esclusione:**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____

e- mail _____

Titolo di studio _____

Conseguito in data _____ presso l'Istituto _____

sito in _____ con votazione _____

Professione _____

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, nell'ambito delle attività del Programma Integrato Sovra Distrettuale "Home Care Alzheimer" per i malati di Alzheimer, in attuazione della D.G.R. n. 504/2012.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e diverse previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76, fermo restando l'obbligo di produrre a prima richiesta la documentazione originale attestante la veridicità di quanto dichiarato:

- di essere cittadino italiano, o, se straniero, di risiedere regolarmente in Italia;
- di essere residente in uno dei territori della ASL Roma 5;

- di avere assolto l'obbligo scolastico (Diploma di scuola media inferiore e dal 2007 titolo di studio conclusivo del primo ciclo e primi due anni di istruzione superiore così come definito dalla Legge 27 dicembre 2006 n. 296, art. 1 commi 662, 624, 632 s.m.i. e decreti attuativi);
- di avere una buona conoscenza della lingua italiana, ad un livello minimo A2;
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere consapevole che la presente domanda non comporta l'ammissione certa al percorso formativo;
- di essere consapevole che dichiarazioni false e mendaci comportano l'esclusione dalla procedura di selezione.

Dichiara altresì di appartenere, alternativamente, ad una delle seguenti categorie (barrare la voce di interesse):

- inoccupati (data completa di iscrizione al Centro per l'Impiego: _____);
- disoccupati (data di inizio stato di disoccupazione: _____);
- occupati, che prestano servizio di cura a persone anziane o disabili, in possesso di regolare contratto (da allegare alla presente).

Dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario RM 5.3.

Luogo e data _____ Firma _____

Allega alla presente domanda, **a pena di esclusione:**

1. se cittadino italiano o comunitario:
 - copia del documento di identità in corso di validità;
2. se cittadino extracomunitario:
 - copia del documento di identità in corso di validità;
 - copia del titolo di studio conseguito all'estero con traduzione del medesimo;
 - copia del permesso di soggiorno in corso di validità.

Allega alla presente domanda, ai fini dell'inserimento in graduatoria:

- copia del contratto di lavoro o denuncia di rapporto lavorativo come badante/assistente familiare, completo di data di inizio rapporto di lavoro e indicazione della mansione svolta.