

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Uff. Piano sociale di Zona
Comune di Tivoli
Capofila Ambito Territoriale Ottimale Roma 5
Piazza del Governo n.1
C.A.P. 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.

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

Nato/a aC.F.

Residente in Prov.

ViaCap.

Tel.Cell.

Faxe- mail

Titolo di studio

Professione

CHIEDE

di poter 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. 504/2012.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

(ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

- di essere cittadino italiano;
- se straniero, di risiedere regolarmente in Italia;
- di essere in possesso del diploma di licenza media (o titolo equiparato per i cittadini stranieri)
- 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.

Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità.

Firma

Data _____
