

“HOME CARE PREMIUM 2012”



perché non c'è posto migliore della tua casa.....

MODELLO DI DOMANDA ASSISTENTI FAMILIARI

Spett.le Comune di Ginosa - Ufficio di Piano
P.zza Marconi
74013 - Ginosa (Ta)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

chiede di essere iscritto al 'Registro degli Assistenti Familiari'.

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D'P R' 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.44512000,

DICHIARA

- a) di essere nato/a il _____ a _____ (____);
- b) di essere residente a _____ via _____;
- c) di essere cittadino/a di nazionalità _____;
- d) se cittadini extracomunitari, essere in possesso di regolare permesso di soggiorno ed avere una sufficiente conoscenza della lingua italiana;
- e) aver assolto l'obbligo scolastico vigente nello Stato di appartenenza (in Italia scuola primaria di secondo grado);
- f) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- g) di essere di sana e robusta costituzione fisica;
- h) di aver maturato la seguente esperienza lavorativa di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona (barrare la casella che interessa):
 - lavorativa, con regolare assunzione: _____;
 - di tipo volontario _____;
- i) ai fini della qualificazione professionale (barrare la casella che interessa):
 - di aver frequentato un corso di formazione di almeno 200 ore inerente l'assistenza alla persona;

- di essere in possesso della qualifica professionale di OSS o OSA (o titoli esteri equipollenti riconosciuti dal Ministero delle Politiche Sociali);
- nel caso di mancato possesso dei requisiti di cui ai punti precedenti, il/la sottoscritto/a si impegna a frequentare il corso di formazione organizzato dall'Ambito;
- j) di avere il seguente recapito al quale chiede sia indirizzata ogni comunicazione relativa alla selezione: _____;
(indicare indirizzo e numero di telefono);
- k) (altro) _____;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni variazione ai suddetti dati.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare l'eventuale variazione del proprio recapito, sollevando codesto Ente da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili all'omessa comunicazione.

Ai fini dell'eventuale impiego da svolgere, il/la sottoscritta dichiara di dare la seguente disponibilità:

Tempo di lavoro (barrare una o più caselle)

- mattina dalle ore _____ alle ore _____;
- pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____;
- notte;
- festivi
- convivenza (24 ore)

Spostamenti (barrare una casella)

- tutto il territorio dell'Ambito;
- solo nei seguenti comuni:

Tipologia di utenza non autosufficiente (barrare una o più caselle):

- minori con disabilità;
- adulti con disabilità;
- anziani.

Il/la sottoscritto/a allega:

- a) per tutti i partecipanti: documento di identità in corso di validità;
- b) per i soli cittadini stranieri: permesso di soggiorno;
- c) per isola cittadini stranieri certificazione del titolo di studio conseguito all'estero, tradotti in lingua italiana. con attestazione del Consolato dello Stato di appartenenza circa il fatto che il detto titolo sia riferito alla conclusione dell'obbligo scolastico; per i cittadini italiani non occorre presentare certificazione, in quanto la verifica verrà effettuata d'ufficio ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- d) per i soli cittadini stranieri: attestazione del Consolato dello Stato di appartenenza circa il fatto di non aver riportato condanne penali passate in giudicato (Casellario giudiziale) e non avere carichi penali pendenti (Carichi pendenti); per i cittadini italiani non occorre presentare certificazione, in quanto la verifica verrà effettuata d'ufficio ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- e) per tutti i partecipanti: certificazione di sana e robusta costituzione fisica;
- f) per tutti i partecipanti: copia del contratto relativo all'esperienza lavorativa di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona, oppure attestazione di persona fisica o giuridica di aver maturato esperienza (anche di tipo volontario) di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona;
- g) per tutti i partecipanti: attestazione del corso di formazione, o della qualifica

professionale OSS o OSA o titoli esteri (i titoli esteri devono essere consegnati tradotti in lingua italiana) oppure, in alternativa, dichiarazione di impegno alla frequenza di corso di formazione (vedasi modello di domanda).

h) altro _____;

Data _____

(firma autografa non autenticata)
