**ALLEGATO B**

 **All’attenzione del Responsabile dell’Ufficio di Plus Ghilarza Bosa**

**Via Matteotti 77**

**09074 Ghilarza**

# OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO PUBBLICO ASSISTENTI FAMILIARI – PLUS AMBITO GHILARZA - BOSA

Il/La sottoscritto/a nato/a il\_\_\_\_\_\_ / /

Codice fiscale

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

Recapito Telefonico

email (Nota bene: inserire un indirizzo email valido in quanto verrà utilizzato per tutte le comunicazioni inerenti il bando) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter essere iscritto/a nel **REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI –PLUS AMBITO DI GHILARZA - BOSA**

 □ **Sezione A - ordinaria** □ **Sezione B separata**

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

#  DICHIARA

1. di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. (per richiedenti stranieri) di avere cittadinanza e di essere in possesso di regolare *(barrare con una X la casella interessata):*
* permesso di soggiorno
* carta di soggiorno
1. di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana *- se cittadini stranieri indicare*

 *LIVELLO CONOSCENZA* □ *BASE* □ *BUONA* □ *OTTIMO*

1. di aver assolto l’obbligo scolastico come indicato nell’avviso;
2. di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non avere procedimenti penali pendenti;
3. di essere idoneo fisicamente al lavoro di Assistente Familiare;
4. di essere residente in uno dei Comuni del PLUS Ambito Ghilarza - Bosa;

**REQUISITI PROFESSIONALI**

 (compilare i punti relativi a quelli di cui si è in possesso)

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio (indicare il titolo di studio più alto posseduto)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. di essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

* aver frequentato, con esito positivo, un corso di formazione teorico-pratico della durata di almeno 200 ore, afferente all’area dell’assistenza alla persona;
* di essere in possesso della qualifica professionale di addetto all’assistenza di base, di operatore tecnico assistenziale dedicato esclusivamente all’assistenza diretta della persona;
* di essere in possesso della qualifica professionale inerente all’area dell’assistenza socio-sanitaria (Specificare la qualifica posseduta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* di avere un’esperienza professionale, con livello d’inquadramento e profilo professionale attinente alla cura della persona, con regolare assunzione documentata di almeno 6 e/o 12 mesi.

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

(da inserire facoltativamente)

* Conoscenza della Lingua Sarda parlata:

□ scarsa □ buona □ ottima

* Possesso di Patente □ No □ **SI** tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Automunito □ SI □ No
* Disponibilità a lavorare fuori dal Comune di residenza: □ SI □ No

Se Sì, indicare per quali Comuni dell’ambito Plus rende la propria disponibilità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Disponibilità al lavoro notturno □ SI □ No
* Preferenza nell’assistenza a persone:

 □ sesso femminile □ sesso maschile □non esprime preferenza

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

di essere consapevole di quanto prescritto dagli art. 75-76 del DPR 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 art. 46 e 47 del medesimo DPR 445/2000.

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dal regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

di essere consapevole e autorizzare l’ufficio di Plus Ambito Ghilarza – Bosa che quanto dichiarato nella presente istanza, compreso il recapito telefonico, verrà indicato nel **REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI –PLUS AMBITO DI GHILARZA – BOSA,** al fine di adempiere alla piena finalità del registro medesimo ovvero, agevolare l’incontro tra la domanda e l’offerta di lavoro per il servizio di assistenza qualificata alla Persona.

Il/la sottoscritt\_ si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali e autorizza al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.lgs. n° 196 del 30 giugno 2003, art. 13, e dal regolamento UE 2016/679 ed alla pubblicazione, se riconosciuta idonea, nel Registro per la sua pubblica consultazione.

Documenti da allegare alla presente domanda:

* fotocopia del documento d’identità in corso di validità;
* fotocopia carta/permesso di soggiorno (solo per cittadini stranieri);
* curriculum formativo e professionale;
* Scheda Anagrafica rilasciata dal Centro Servizi per l’Impiego di riferimento;
* dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l’assolvimento dell’obbligo scolastico (solo per i cittadini stranieri) e gli eventuali corsi frequentati in ambito socio assistenziale.

Luogo e data

 Firma leggibile

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_