Domanda di iscrizione al Registro per assistenti familiari
Del Distretto Socio Sanitario 34

SPETT.LE coordinatore
Del Distretto SocioSanitario 34
c/o Comune di Carini
Ripartizione III
SEDE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a - _____ il _____
residente a _____prov _____ cap _____
via/piazza _____ _____n _____
domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a _____
prov _____ cap _____ via _____ n _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445 che vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste.

DICHIARA

che è in possesso dei requisiti per l'iscrizione al Registro per Assistenti Familiari; in particolare dichiara:

a) di avere compiuto 18 anni,
b) di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (o 'cedolino' di rinnovo), anche in fase di rilascio o di rinnovo valido ai fini dell'assunzione (per cittadini stranieri);
c) di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
d) di avere assolto all'obbligo scolastico (per cittadini italiani);
e) ai sensi dell'art. 7 cpv 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55, che aggiunge alla legge n. 275/65, art. 10 sexies, comma 8, di non versare nelle condizioni previste dal comma 1, dell'art. 15 della legge 19 marzo 1990, n. 55 e successive modifiche e integrazioni; di non essere sottoposto a misure di prevenzione, di non essere a conoscenza dell'esistenza a proprio carico di provvedimenti in corso per l'applicazione delle misure di prevenzione, né di una delle cause ostative all'iscrizione agli albi o a registri pubblici e di non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e di non avere carichi penali pendenti;
f) di essere di sana e robusta costituzione fisica attestata da un certificato medico;
g) di avere la frequenza di un corso di formazione, di almeno 300 ore così come previsto da decreto n. 807 del 22 aprile 2010, afferente l'area dell'assistenza alla persona ;
h) di avere esperienza lavorativa di mesi (almeno 12 mesi) nel campo della cura domiciliare alla persona, con regolare e documentata assunzione; in tal caso di impegnarsi a frequentare un corso di aggiornamento di 40 ore; ovvero
i) di non avere esperienza lavorativa specifica, e di impegnarsi a frequentare un corso nel campo della cura domiciliare di almeno 80 ore, anche on the job.

Il/la sottoscritto/a CHIEDE

con la presente di poter essere iscritto/a nel Registro pubblico per Assistenti Familiari del Distretto 34 istituito con Determina _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza.

Documenti da allegare in copia:

documento d'identità in corso di validità;
certificato di sana e robusta costituzione;
permesso di soggiorno;
titolo di studio;
attestato di partecipazione ai corsi di formazione per le ore richieste.

data

Firma

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, secondo il vigente Codice della privacy (art. 4 D.L.gs 196/03); inoltre, il/la sottoscritto/a, ai fini della reperibilità dello/a scrivente da parte di tutti coloro che consulteranno il Registro pubblico per gli assistenti familiari, **AUTORIZZA** codesti Uffici a rendere pubblici, anche attraverso il sito web istituzionale, **tutti i propri dati** caratterizzanti l'iscrizione al Registro medesimo (nome, cognome, ecc.) **E SPECIFICAMENTE:**

1) la residenza/il domicilio;
2) il numero di telefono
3) l'indirizzo mail.

Firma