

FOTO

SPETT.LE COMUNE

DI \_\_\_\_\_

Sett. Servizi alla Persona

**Oggetto: Iscrizione nel Registro Pubblico delle Assistenti Familiari / Badanti del Distretto Sanitario di Olbia.**

**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)**

*(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)*

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso  M  F  
nazionalità \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a codesto Spett.le Ente, di poter essere iscritto nel registro pubblico delle assistenti familiari e, a tal fine, dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'iscrizione.

- Aver compiuto 18 anni
- di essere in possesso di un regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
- di avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);
- di non aver conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di avere frequentato, con esito positivo, un corso di formazione professionale teorico-pratico, ai sensi della Legge 21 dicembre 1978, n°845, della durata di almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona, ovvero essere in possesso della qualifica professionale inerente l'area dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona. Sono riconosciuti validi i titoli esteri equipollenti riconosciuti dal Ministero delle Politiche Sociali. I titoli esteri devono essere consegnati tradotti in lingua italiana;  
indicare la qualifica \_\_\_\_\_
- di avere maturato un'esperienza lavorativa con regolare assunzione documentata di almeno 12 mesi (anche non consecutivi) nel campo della cura domiciliare alla persona:
  - Assistenza anziano/a autosufficiente
  - Assistenza anziano/a non autosufficiente
  - Disabile fisico

- Disabile psichico
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Fornisce, inoltre, indicazioni relative a:

**Preferenza per la sede lavorativa**

- Comuni \_\_\_\_\_
- Territorio Provinciale
- Territorio Regionale

**Disponibilità oraria**

- Lavoro notturno     Lavoro diurno
- Part time mattina     part time sera
- Domeniche e festivi

**Situazione lavorativa**

- disoccupata     occupata

Dove \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fino a quando \_\_\_\_\_

**Disponibilità alla convivenza**

- SI     NO

**AUTORIZZA**

Il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. 196/03 coordinato con il Decreto Legislativo 101/2018, e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Allega:

- foto formato tessera,.
- Eventuali lettere di referenze.
- Copia documento di identità in corso di validità
- Permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta comprovante l'istanza di rinnovo

Il dichiarante .....  
(firma per esteso e leggibile)

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_