

**DOMANDA D' ISCRIZIONE AL REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI  
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO AG 7**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(solo se diverso dalla residenza)

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) \_\_\_\_\_

Sesso (barrare la casella):  M  F

Carta identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

oppure Passaporto n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_

/ \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Solo per i cittadini stranieri:

Carta / Permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla

Questura di \_\_\_\_\_

data di rilascio \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

primo rilascio \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ data rinnovo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a nel Registro Pubblico degli Assistenti Familiari del Distretto socio-sanitario Ag 7

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni così rese comporterà la decadenza dell'iscrizione oltre che la denuncia all'autorità competente e applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000:

- *barrare le caselle interessate* -

- Di non essere sottoposto a misure di prevenzione, non trovarsi in una delle cause ostative all'iscrizione ad albi o a registri pubblici, non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di avere assolto all'obbligo scolastico (per cittadini italiani);
- 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);
- avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri);
- di essere di sana e robusta costituzione fisica attestata da un certificato medico;
- di essere in possesso dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale

- di essere in possesso dell'attestato di frequenza di un corso di formazione legalmente riconosciuto, per almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona;
- avere esperienza lavorativa di mesi di almeno 12 mesi (formazione acquisita "On The Job") nel campo della cura domiciliare alla persona, con regolare e documentata assunzione.
- di essere in possesso della patente tipo \_\_\_\_\_
- che ha preferenza per la sede di lavoro nel comune di \_\_\_\_\_

Di essere disponibile e competente a svolgere le seguenti mansioni (*barrare le caselle interessate*):

- cura e igiene della persona
- cura e igiene della casa
- preparazione pasti
- acquisto generi alimentari e altro
- disbrigo pratiche amministrative
- accompagnamento per visite mediche
- accompagnamento attività del tempo libero

e quant'altro necessario alla cura della persona così come previsto dal Regolamento di Adesione dell'INPS-Gestione ex INPDAP.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a questo Ente eventuali variazioni dei dati comunicati con la presente istanza.

Il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Sciacca, Capofila distretto socio-sanitario Ag 7, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione. Il/la sottoscritto/a autorizza, altresì, il Comune di Sciacca 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: \_\_\_\_\_ (riscrivere; nel caso in cui non fosse riscritto, non comparirà nel Registro).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia carta/permesso di soggiorno, rinnovo, prenotazione;
- Fotocopia Attestati di Qualifica Professionale dichiarati(tradotti in italiano);
- Fotocopia attestato di partecipazione al corso di formazione per le ore richieste;
- Certificato di sana e robusta costituzione;
- Fotocopia dei documenti dimostranti la regolare eventuale assunzione;
- Altri documenti che si ritengono utili ai fini della valutazione della domanda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.