



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

CHIEDE

(barrare la casella che interessa)

- l'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari del Distretto Ales Terralba;
- la conferma** dell'iscrizione precedentemente effettuata al Registro degli Assistenti Familiari del Distretto Ales Terralba istituito con Deliberazione del Comune di Ales (Ex Ente Gestore Plus Ales Terralba) n. 14 del 2008;
- l'aggiornamento dell'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari del Distretto Ales Terralba.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

-barrare le caselle interessate-

- di aver compiuto 18 anni;
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (cittadini stranieri);
- di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (cittadini stranieri);
- di aver assolto all'obbligo scolastico (cittadini italiani) e, per i cittadini stranieri, avere un titolo equipollente che si certifica mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica attestata da un certificato medico;
- di essere in possesso di un' attestato di frequenza di 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;

oppure

- di essere in possesso della qualifica professionale (OSS, OSA, ADEST, OTA o altro titolo equipollente) nel campo dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area della cura alla persona. Indicare:

Qualifica _____

n. ore di formazione _____

oppure

- di essere in possesso di un titolo estero equipollente riconosciuto dal Ministero delle Politiche Sociali (per i cittadini stranieri i titoli esteri devono essere consegnati e tradotti in lingua italiana), indicare il titolo _____

oppure



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- di aver maturato un'esperienza lavorativa con regolare assunzione documentata di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona;

oppure

- di aver frequentato con esito positivo un corso di formazione attivato da un comune o da altri Enti Pubblici della durata di almeno 200 ore. Indicare:

Denominazione del Corso Frequentato _____

svoltosi presso _____

n. ore di formazione _____

Allegati alla domanda:

1. Allegato 1 SCHEDE DI DISPONIBILITA' AL LAVORO;
2. Allegato 2 Informativa art. 13 D. Lgs 196/2003;
3. Curriculum Vitae formato Europeo datato e firmato;
4. Estratto contributivo rilasciato dall'INPS o scheda Anagrafica elaborata dal CSL;
5. Due foto formato tessera;
6. Certificazione di sana e robusta costituzione fisica;
7. Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;

Altri allegati

- Eventuale copia di attestati di qualifica o di frequenza di corsi afferenti l'assistenza alla persona;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 *(da compilare solo nel caso in cui si allegano alla domanda fotocopie di documenti, per dichiarare la conformità agli originali)*;
- Altro (specificare) _____

Data _____

Firma _____



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Allegato 1

SCHEDA DISPONIBILITA' AL LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____

Chiede che il proprio nominativo venga pubblicato nel registro Pubblico degli Assistenti Familiari del Distretto Sociosanitario Ales-Terralba e a tal fine indica le seguenti disponibilità al lavoro:

- Di essere disponibile ad assistere:
 - Donne Uomini Entrambi

- Di essere disponibile a lavorare :
 - In tutti i Comuni del Distretto Ales Terralba
 - Solo nei seguenti _____

- Di trovarsi nell'attuale posizione lavorativa:
 - Occupato per n. _____ ore a settimana
 - Disoccupato

- Di essere disponibile a lavorare nei seguenti giorni:
 - Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica

- Festività: SI NO

- Fasce orarie in cui è disponibile:
 - Mattino Pranzo Pomeriggio Cena Notte

- Di essere disponibile a vivere a casa della famiglia interessata (CONVIVENZA):
 - SI NO

- Ha la necessità di portare con sé eventuali figli a carico:
 - SI NO

- Ha la necessita, in caso di convivenza, di disporre di una stanza propria:
 - SI NO

- Dichiaro di aver avuto precedenti esperienze lavorative con persone:



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- Autosufficienti;**
- Non autosufficienti:**
 - con Fragilità motoria
 - con Deficit Motorio (che necessitano di supporto o ausili)
 - Allettati
 - Affetti da Deficit Mentale (Alzheimer, Demenze, ecc)
 - Affetti da Patologia Psichiatrica
 - Altro (Indicare _____)

- Comunica che il recapito telefonico da indicare nel Registro Pubblico è il seguente:

- Altro _____

Luogo e Data _____

Firma _____



ENTE GESTORE DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALES-TERRALBA

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

Allegato 2

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.lgs. 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____ prende atto della seguente informativa resa ai sensi del D.Lgs. 196/2003:

- Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo che consente la gestione del Registro Pubblico degli Assistenti Familiari, che verrà effettuato con modalità informatiche e/o manuali;
- Il trattamento comporta operazioni relative anche ai dati sensibili, per i quali è individuata rilevanza di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e dei successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo. Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati, comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. lgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati etc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal Registro;
- I titolari del trattamento dei dati personali sono l'Ente Gestore Comune di Mogoro e i comuni del Distretto socio sanitario di Ales Terralba.

Il/la sottoscritto/a fornisce ai sensi del D.Lgs. 196/2003 il proprio consenso affinché tali dati personali, come pur quelli che verranno comunicati in futuro ad integrazione dei suddetti, vengano trattati e comunicati a terzi incaricati, esclusivamente per scopi inerenti l'attività dichiarata.

Luogo e Data _____

Firma _____