

- m) Di essere in possesso del diploma di _____ conseguito in data _____ presso la scuola/Ente _____ della città di _____;
- n) Di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso _____ della città di _____;

Dichiara, inoltre, di possedere uno o più dei seguenti requisiti richiesti dalle linee guida regionali per l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari (barrare la casella che interessa):

- Di avere frequentato dei corsi di formazione professionale, ai sensi della Legge 845/1978, della durata di almeno **200 ore***, in data _____, afferenti l'area dell'assistenza alla persona della durata di ore _____ presso l'Ente _____;
- Di possedere una qualifica professionale inerente l'ambito dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona; nello specifico dichiara di possedere la qualifica di _____ conseguita in data _____ mediante la frequenza di un corso di ore _____ presso l'Ente _____ del Comune di _____.
- Di aver frequentato il corso di formazione attivato da un Ente pubblico e inerente l'ambito della assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona, della durata di almeno **150 ore***; nello specifico dichiara di avere frequentato, con esito positivo, il corso dal titolo _____, organizzato da _____ della durata di ore _____, in data _____.
- Di avere maturato un'esperienza lavorativa documentata (con regolare assunzione) di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona:
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____

Ad integrazione della domanda il/la sottoscritto/a **dichiara** di:

*** Saranno ritenuti validi ai fini dell'iscrizione i titoli esteri equipollenti riconosciuti dal Ministero delle Politiche Sociali. Tali titoli dovranno essere consegnati tradotti in lingua italiana.**

- Essere disponibile al lavoro notturno: SI NO
- Essere disponibile a prestare attività lavorativa nel/i seguente/i Comune/i
_____;
_____;
- Essere disponibile a prestare l'attività lavorativa nei seguenti giorni ed orari:

_____;
- Avere lavorato con pazienti affetti dalle seguenti patologie:

_____;
- Possedere la patente di guida SI NO tipo _____;
- Essere automunito SI NO

Ulteriori informazioni che possano essere ritenute utili ai fini della completezza della domanda:

Qualunque variazione sui dati personali dovrà essere tempestivamente comunicata al Comune di Iglesias per il necessario aggiornamento del Registro.

La perdita anche di uno solo dei requisiti per l'iscrizione dovrà essere comunicata al Comune di Iglesias e comporterà l'immediata cancellazione dal Registro e l'obbligo alla restituzione del tesserino.

Il Comune di Iglesias, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese

Il candidato allega alla presente la seguente documentazione:

- ✓ Fotocopia documento di identità in corso di validità;
- ✓ Fotocopia codice fiscale;
- ✓ Fotocopia carta/permesso di soggiorno (riservato ai cittadini stranieri);
- ✓ Due fotografie formato tessera;
- ✓ Fotocopia degli eventuali contratti di lavoro indicati nella domanda;
- ✓ Fotocopia degli attestati di qualifica e di frequenza ai corsi indicati nella domanda;
- ✓ Curriculum Vitae (formato europeo, qualsiasi formato verrà escluso);
- ✓ Eventuali titoli esteri equipollenti tradotti in lingua italiana (riservato ai cittadini stranieri).

Il/la sottoscritto/a autorizza l' Ente 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.

_____ li _____

Firma

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:

- a) 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;
- b) 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. 196/03;
- c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e a altri soggetti pubblici e privati, che in base a convenzioni e/o accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo, ai sensi dell' art. 24 del D. l.g.s. 196/2003;
- d) 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;
- e) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.l.g. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati etc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l' esclusione dal Registro;
- f) I titolari del trattamento dei dati personali sono l'Ente Gestore e i Comuni del Distretto sociosanitario di Iglesias.

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

Data _____

Firma
