



Città di Ariccia



CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM H2

Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi,
ASL RM H – Distretto Sanitario H2 e Città metropolitana di Roma Capitale (già Provincia di Roma)

Al Comune di Ariccia
c.a. di Dott. Giorgio Brunori
Ufficio di Piano

SCHEDA ISCRIZIONE REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI DISTRETTO SOCIO SANITARIO RMH2

Con la presente domanda, manifesto il mio interesse ad essere iscritto/a al Registro degli Assistenti Familiari istituito con Avviso Pubblico. A tal fine, consapevole che le dichiarazioni false e mendaci rilasciate nel presente modulo sono perseguibili ai sensi dell'art.76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e delle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

DICHIARO:

Dati generali
Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ il _____
Residenza: Comune _____ (Prov. _____) Via _____
n. _____ cap. _____
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza): _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ cap. _____
Nazionalità _____ Telefono fisso _____ cell. _____
e-mail _____ patente di guida (SI O NO) _____
documento di identità _____ Numero _____
rilasciato da: _____ scadenza _____
codice fiscale _____
Se stranieri
In Italia dal _____ permesso di soggiorno per _____ scadenza _____

Titolo di studio
<input type="checkbox"/> Indicare il Titolo del percorso formativo con prova finale della durata di almeno 300 ore, afferente l'area dell'assistenza con riferimento all'attività di accudimento della persona che risponda agli standard previsti per i corsi regionali di Assistente Familiare
Titolo del Corso: _____
Ente Erogatore: _____
Durata: _____
Qualifica: _____

Indicare le qualifica professionale/titolo di studio nell'area dei servizi socio-sanitari con riferimento all'attività di accudimento della persona. (es. OSS, ADEST, OTA ecc)

Diploma di scuola media superiore (specificarne la tipologia) _____

Laurea Triennale (specificare il corso di laurea) _____

Laurea Specialistica (specificare il corso di laurea) _____

Se stranieri:

Anni di studio frequentati _____ titolo conseguito _____

riconosciuto in Italia (inserire si/no) _____

Indicare ulteriori specializzazioni (Corsi di formazione coerenti con l'iscrizione al Registro)

Stato occupazionale al momento della domanda di iscrizione al registro

- Disoccupato da meno di sei mesi
 da meno di un anno
 da oltre un anno
 da oltre due anni
- Occupato in cerca di altra occupazione _____
- Occupato per N. ore _____ impiego attuale _____
- Altro _____

Descrivere le ultime 3 esperienze di lavoro coerenti con l'iscrizione al Registro, indicando il periodo e il contesto lavorativo in cui sono maturate

1. Periodo: da _____ a _____

Descrizione della tipologia di assistenza svolta * (scegliere tra A/B/C/D/E) _____

Condizione di autosufficienza della persona cui è stata destinato il servizio:

- Autonomo
 Parzialmente autosufficiente
 Non autosufficiente

Motivo per cui il rapporto di lavoro è cessato: _____

Luogo di lavoro _____

Orario di lavoro _____

2. Periodo: da _____ a _____

Descrizione della tipologia di assistenza svolta * (scegliere tra A/B/C/D/E) _____

Condizione di autosufficienza della persona cui è stata destinato il servizio:

- Autonomo
 Parzialmente autosufficiente
 Non autosufficiente

Motivo per cui il rapporto di lavoro è cessato: _____

Luogo di lavoro _____

Orario di lavoro _____

3. Periodo: da _____ a _____

Descrizione della tipologia di assistenza svolta * (scegliere tra A/B/C/D/E) _____

Condizione di autosufficienza della persona cui è stata destinato il servizio:

- Autonomo
 Parzialmente autosufficiente
 Non autosufficiente

Motivo per cui il rapporto di lavoro è cessato: _____

Luogo di lavoro _____

Orario di lavoro _____

*** SCEGLIERE LA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA SVOLTA TRA LE DIVERSE OPZIONI:**

- A. Assistenza a persone abili alla cura della propria persona, Assistenza a persone inabili alla cura della propria persona;
- B. Assistenza a persone con prescrizione di cura medica
- C. Cura e gestione dell'alimentazione rivolta a persone affette da diabete, Cura e gestione di persone affette da celiachia
- D. Cura e gestione di persone con problemi psichiatrici, Cura e gestione di persone affette da patologie invalidanti (Alzheimer, Parkinson ecc), Cura e gestione di persone immobilizzate a letto, Cura e gestione di persone incontinenti
- E. Gestione di emergenze sanitarie

Indicare le competenze acquisite nei periodi di esperienza lavorativa o a livello teorico

- Assistenza a persone abili alla cura della propria persona
- Assistenza a persone inabili alla cura della propria persona
- Assistenza a persone con prescrizione di cura medica
- Cura e gestione dell'alimentazione rivolta a persone affette da diabete
- Cura e gestione di persone affette da celiachia
- Cura e gestione di persone con problemi psichiatrici
- Cura e gestione di persone affette da patologie invalidanti (Alzheimer, Parkinson ecc)
- Cura e gestione di persone immobilizzate a letto
- Cura e gestione di persone incontinenti
- Gestione di emergenze sanitarie
- Altro: (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara altresì di:

1. Non avere a proprio carico sentenze passate in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per qualunque reato che incida sulla moralità professionali, né avere carichi pendenti per i medesimi reati.
2. Avere un permesso di soggiorno per lavoro valido al momento della consegna della domanda di iscrizione (per cittadini stranieri) rilasciato da: _____ con scadenza il _____
3. Di essere a conoscenza degli elementi di base della lingua Italiana (per i cittadini stranieri comunitari e non)

Il sottoscritto ha preso atto dell'informativa sulla privacy di cui all'avviso pubblico ed è consapevole che le dichiarazioni attestare nel presente modulo, verranno trattate ai fini istituzionali in maniera sia informatica che cartacea e verranno divulgati limitatamente dagli enti pubblici e privati delegati, nonché dai privati interessati all'assunzione di personale inserito nel registro.

Data:

Firma

EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE _____

Data:

Firma

N.B.

Allegare Copia cartacea del Documento di riconoscimento e fotografia formato tessera