



CITTA' DI MONCALIERI

DOMANDA DI ADESIONE

R.ASSI.CURA

Rete per l'Assistenza e la Cura Servizi per assistenti familiari e famiglie

Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali - Misura POR FSE 2014/2020 -

Finanziato dalla Regione Piemonte con determinazione n. 939 del 28/08/2018

DATI ANAGRAFICI

Il/la Sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome – stampatello leggibile – **dato obbligatorio**)

nato/a a _____ Stato _____
(Luogo di nascita (Città) – **dato obbligatorio**)

Il ___/___/_____
(Data di nascita – **dato obbligatorio**)

residente a _____

via _____ CAP _____

domiciliato/a a _____
(in caso l'indirizzo del domicilio sia diverso dalla residenza)

via _____ CAP _____

Cittadinanza

(**dato obbligatorio**)

Eventuale permesso di soggiorno n° _____ scadenza _____
(dato obbligatorio per i cittadini extracomunitari – Il permesso di soggiorno deve essere in corso di validità alla data di presentazione della domanda)

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Indirizzo mail _____

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI PRE – REQUISITI MINIMI

- Età superiore ai 18 anni
- Residenza in uno dei Comuni di riferimento del progetto – territorio ASL TO 5
- Esperienza pregressa lavorativa (contratti di lavoro – lettere referenze, etc) nell'ambito dell'Assistenza Familiare
- (se interessato alla formazione) Possesso della Licenza Media conseguita in Italia o riconosciuta in Italia

1. TITOLO DI STUDIO: Nessun Titolo Licenza Elementare Licenza Media
 Diploma Laurea

Conseguimento del titolo di Studio Italia Estero (validato in Italia si no)

Conoscenza della lingua italiana parlata e scritta: sufficiente buona ottima

2. ATTESTATI E QUALIFICHE NEL SETTORE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Obbligatorio indicare SI o NO	SI/NO	SEDE (Città/ Stato se estero)	DATA (conseguimento)
Corso Base fino a 80 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Qualifica per Assistente Familiare 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1° Modulo OSS 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2° Modulo OSS 400 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Corso OSS con qualifica 1000 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diploma Infermieristico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Altro titolo (indicare quale)			

3. DISPONIBILITÀ A PARTECIPARE AD UN CORSO DI FORMAZIONE

SI

NO

Possesso Licenza Media conseguita in Italia SI

NO

Possesso Licenza Media riconosciuta in Italia

SI

NO

4. ESPERIENZE LAVORATIVE NEL SETTORE (contratti di lavoro, lettere referenze etc.)

OBBLIGATORIO BARRARE UNO DEI PERIODI

<input type="checkbox"/> fino a 2 anni	<input type="checkbox"/> Da 2 a 5 anni	<input type="checkbox"/> Oltre 5 anni
--	--	---------------------------------------

INDICARE LE TRE ESPERIENZE PIU' SIGNIFICATIVE

- Periodo (da – a)
- Nome e indirizzo datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Periodo (da – a)
- Nome e indirizzo datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

- Periodo (da – a)
- Nome e indirizzo datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

5. STATO OCCUPAZIONALE: disoccupato occupato occupato part-time

ISCRIZIONE PRESSO IL CENTRO PER L'IMPIEGO: No Si (Specificare Sede)

Sede Centro Impiego: _____

6. DISPONIBILITÀ (dato obbligatorio)

TOTALE (sia convivente che ad ore) SOLO CONVIVENTE SOLO A ORE

7. PATENTE B Si No AUTOMUNITO Si NO

8. CURRICULUM VITAE Si No

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445 in caso di false dichiarazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto affermato corrisponde a verità e si impegna a provarlo mediante la presentazione dei documenti attestanti le dichiarazioni.

Data _____

FIRMA _____

(firma obbligatoria)

Informativa sulla Privacy

- Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'esecuzione delle procedure per la partecipazione al Bando Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali.
- I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati
- Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali
- In relazione alle finalità del Bando i dati potranno essere comunicati e/o inseriti nelle banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali
- Il Titolare del trattamento dei dati è la Città di Moncalieri
- Il Responsabile del trattamento dei dati è la Dirigente del Settore Servizi al cittadino, Welfare, Innovazione, Patrimonio - dott.ssa Cristina Romagnoli

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

(firma obbligatoria)

RICEVUTO IN DATA _____

TIMBRO E FIRMA