



Domanda di iscrizione nell'Elenco degli assistenti familiari per l'erogazione di servizi sociali di supporto in favore delle persone con disabilità, nonché anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

Il/la sottoscritto/a
Codice Fiscale.....
Nato/a il
Residente a
Via.....
Domiciliato a.....
Via.....
Tel./Cell.....Indirizzo e-mail.....

CHIEDE

di essere iscritto all'Elenco degli assistenti familiari per l'erogazione di servizi sociali di supporto in favore delle persone con disabilità, nonché anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dei benefici, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

Barrare con una crocetta le caselle corrispondenti alle dichiarazioni rese:

- ☐ di aver compiuto 18 anni;
- ☐ di essere residente in un comune della Regione Puglia;
- ☐ di essere domiciliato in un comune della Regione Puglia;
- ☐ di essere eventualmente in possesso delle seguenti certificazioni di comprensione, conversazione e scrittura della lingua italiana.....;
- ☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- ☐ di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso, con particolare riferimento ai reati contro la persona o il patrimonio;
- ☐ di essere in possesso della patente di guida di tipo B.

DICHIARA, inoltre

Barrare con una crocetta le caselle corrispondenti alle dichiarazioni rese:

- ☐ di possedere la padronanza della lingua italiana;



- ☐ di possedere l'idoneità fisica alla mansione da ricoprire;
- ☐ di essere eventualmente in possesso delle seguenti certificazioni attestanti l'avvenuta formazione (ad es: carichi di cura, primo soccorso e salute, prevenzione e sicurezza nel contesto domestico ecc.).....;
- ☐ di aver svolto le seguenti attività di assistenza/cura.....dal.....;

Solo per i cittadini extracomunitari:

- ☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro o per soggiornanti di lungo periodo o in attesa di rinnovo;

di essere disponibile per prestare i seguenti servizi di assistenza (*indicare uno, più o tutti gli ambiti di seguito indicati*):

- ☐ Assistenza a soggetto autonomo ed autosufficiente fisicamente e psicologicamente;
- ☐ Assistenza a soggetto autonomo ed autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente;
- ☐ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione;
- ☐ Assistenza a soggetto non autosufficiente.

di fornire la propria disponibilità a prestare servizio (*selezionare una o più delle alternative proposte*):

- ☐ nella Provincia/nelle Province di:.....
- ☐ nel Comune/nei Comuni di:.....
- ☐ nell'intera Regione
- ☐ a tempo pieno
- ☐ parziale
- ☐ notturno

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al CPI competente eventuali variazioni dei dati trasmessi, nonché l'eventuale avvenuta assunzione e la relativa tipologia contrattuale stipulata;

☐ di essere consapevole che l'iscrizione non comporta l'acquisizione di alcun diritto soggettivo o aspettativa giuridicamente tutelata all'assunzione;

☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Si allega:

copia di un documento d'identità in corso di validità, in caso di sottoscrizione del presente documento con firma autografa.

Per i cittadini extracomunitari:

copia del permesso di soggiorno per motivi di lavoro o per soggiornanti di lungo periodo.

Luogo e Data

Firma