

**REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**All'Ente gestore dei servizi associati del  
Piano Locale Unitario dei Servizi alla  
Persona (PLUS)  
All'Attenzione dell'UFFICIO DI PIANO  
Comune di Carbonia**

**OGGETTO: domanda di iscrizione Registro pubblico Assistenti familiari. Avviso 2021**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere iscritto/a al Registro pubblico degli Assistenti Familiari del Distretto Sociosanitario di Carbonia.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità civili e penali in cui incorre chi rende dichiarazioni mendaci o reticenti su qualità o stati personali, **dichiara** sotto la propria responsabilità:

a) Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ e pertanto di avere compiuto la maggiore età;

b) Di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;

c) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_;

d) Di essere domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ (se diverso dalla residenza);

e) Di aver preso atto dei contenuti dell'avviso di cui all'oggetto;

f) Di poter essere contattato/a ai seguenti recapiti per eventuali comunicazioni relative alla procedura in oggetto: telefono: \_\_\_\_\_; e-mail: \_\_\_\_\_.

g) Di avere cittadinanza \_\_\_\_\_;

h) Di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri);

i) Di avere una sana e robusta costituzione;

n) Di avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);

o) Di essere in possesso di regolare titolo di soggiorno (per i cittadini stranieri);

p) Di essere in possesso di diploma di \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la scuola/Ente \_\_\_\_\_ della città di \_\_\_\_\_;

q) Di essere in possesso di Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ della città di \_\_\_\_\_;

r) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Carbonia, qualunque variazione sui dati

personali relativi ai propri recapiti telefonici, di residenza o domicilio e l'eventuale perdita dei requisiti per l'ammissione al Registro (la perdita anche di uno solo dei requisiti per l'iscrizione comporterà l'immediata cancellazione dal registro e l'obbligo alla restituzione del tesserino).

s) **Dichiara** inoltre, di possedere uno o più dei seguenti requisiti necessari per l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari (barrare la casella che interessa e completare con le informazioni richieste):

Di avere frequentato dei corsi di formazione professionale **ai sensi della Legge 845/1978** della durata di almeno **200 ore, (o altrimenti riconosciuto dalla Regione Sardegna), afferente l'area dell'assistenza alla persona.**

A tale proposito dichiara di avere frequentato, con esito positivo, il corso di \_\_\_\_\_ della durata di ore \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_

Di possedere una **qualifica professionale inerente l'ambito dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona;**

A tale proposito dichiara di possedere la qualifica di \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ mediante la frequenza di un corso di ore \_\_\_\_\_ presso l'Ente/scuola \_\_\_\_\_ 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**, atti ad assicurare l'acquisizione di competenze di base, tecnico-professionali e trasversali inerenti il lavoro dell'assistente familiare (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).

A tale proposito dichiara di avere frequentato, con esito positivo, il corso dal titolo \_\_\_\_\_, organizzato da \_\_\_\_\_ della durata di ore \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_.

Di avere maturato **esperienza lavorativa documentata con regolare assunzione di almeno 12 mesi** nel campo della cura domiciliare alla persona:

- presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con il seguente inquadramento e mansioni previste dal contratto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

- presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con il seguente e mansioni previste dal contratto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con il seguente inquadramento e mansioni previste dal contratto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

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

- Essere disponibile al lavoro notturno: \_\_\_\_\_  
 SI  NO (Specificare apponendo una X sull'opzione desiderata);

- Essere disponibile a prestare l'attività lavorativa nei seguenti giorni :

\_\_\_\_\_

LUN  MAR  MER  GIO  VEN  SAB  DOM

- Disponibilità oraria: \_\_\_\_\_  
 massima disponibilità  
 da concordare  
 altro \_\_\_\_\_

- Essere disponibile a prestare attività lavorativa nel/i seguente/i Comune/i:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTRI COMUNI \_\_\_\_\_

- Aver lavorato con pazienti affetti dalle seguenti patologie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Possedere la patente di guida  SI  NO

- Essere automunito  SI  NO

Ulteriori informazioni su qualità e stato del candidato che possano essere ritenute utili ai fini della valutazione della domanda:

\_\_\_\_\_

---

---

**Il Comune di Carbonia, 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 della tessera sanitaria;
  - Fotocopia permesso/carta di soggiorno (solo per i cittadini stranieri extracomunitari);
  - Fotocopia dei contratti di lavoro indicati nella domanda;
  - Fotocopia degli attestati di qualifica e di frequenza relativi ai corsi indicati nella domanda;
  - Curriculum vitae indicando prevalentemente l'esperienza richiesta in oggetto ;
  - Eventuali titoli esteri equipollenti tradotti in lingua italiana (per i cittadini stranieri).
  - altro
- 
- 
- 

Il/la sottoscritto/a fornisce ai sensi del D.Lgs.196/2003 il proprio consenso affinché i dati personali dichiarati nella presente, come pure quelli che verranno comunicati in futuro ad integrazione dei suddetti, vengano trattati e comunicati a terzi incaricati, esclusivamente per scopi consentiti dalla Legge.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il Dichiarante

---