

DOMANDA DI ADESIONE

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 _____ (**dato obbligatorio**)

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
- ☐ Esperienza lavorativa pregressa documentata (assunzioni, lettere referenze, ecc.) e/o autocertificata, di almeno 4 mesi, nell'ambito dell'Assistenza Familiare
- ☐ (se interessato alla formazione) Possesso della Licenza Media conseguita in Italia o riconosciuta in Italia o disponibilità a sottoporsi alle prove di accesso al corso

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

Conseguimento del titolo di Studio ☐ Italia ☐ Estero (validato in Italia ☐ sì ☐ 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	☐ SI ☐ NO		
Qualifica per Assistente Familiare 200 ore	☐ SI ☐ NO		
1° Modulo OSS 200 ore	☐ SI ☐ NO		
2° Modulo OSS 400 ore	☐ SI ☐ NO		
Corso OSS con qualifica	☐ SI ☐ NO		
Diploma Infermieristico	☐ SI ☐ NO		

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

OBBLIGATORIO BARRARE UNO DEI PERIODI

☐ Fino a 4 mesi	☐ Da 4 a 12 mesi	☐ Oltre 1 anno
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____
Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____	Dal __/__/____ Al __/__/____

5. STATO OCCUPAZIONALE: ☐ disoccupato ☐ occupato ☐ occupato part-time
ISCRIZIONE PRESSO IL CENTRO PER L'IMPIEGO: (Se disoccupato - dato obbligatorio)

Sede Centro Impiego: _____

6. DISPONIBILITÀ

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

7. PATENTE B
☐ Sì

☐ No

AUTOMUNITO

☐ Sì

☐ No

LA DOMANDA DI ADESIONE DOVRA' ESSERE PRESENTATA ENTRO IL 15/07/2019,
CONSEGNATA A MANO o INVIATA TRAMITE A/R esclusivamente in una delle seguenti sedi:

SINAPSI s.c.s	Via San Giovanni, 8 - 10073 Cirié Tel. 388 3793772	Mart. e Glo. 8/12
C.IA.C Srl – SEDE “A.SADA”	C.so Re Arduino, 50 – 10086 Rivarolo Canavese Tel. 0124 425064 INT. 2	Lun. 9/13 e Ven. 14/16
C.IA.C Srl – SEDE “D.NEGRO”	Via Battitore, 82 – 10073 Cirié Tel. 011 9214534	Lun. 14/18 e Merc. 10/12
SAL C.IA.C Srl – SEDE “F.PRAT”	Via San Varmondo Arborio, 5 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1865420	Lun. 10/12 e Giov. 14/16
CONEDIA s.c.s	Via Campo Sportivo, 9 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1960426	Da lun. a ven. 9/13
KAIROS MESTIERI		
CONSORZIO IDEA Lavoro s.c.s	Via Roma, 31 – 10062 Luserna San Giovanni Tel. 340 6665868	Mart. 14/18 e Ven. 9.30/13.30
FORMONT	Via Des Ambrois, 49 - 10056 Oulx Tel. 0122 832227	Da lun. a ven. 8.30/12.30
CFIQ	Via Trieste, 42 – 10064 Pinerolo Tel. 0121 393617	Lun., Merc. e Gio. 9/13 – Mart. e Merc. 15/18 – Ven. 10/12
COESA	Piazza Terzo Alpini, 1 – 10064 Pinerolo	Merc. 9/13 e 14/18
CASA DI CARITA'	Via Don Pogolotto, 45 – 10094 Giaveno Tel. 334 6480409	Mart. 13/17 e Merc. 13/17
CASA DI CARITA'	Corso Torino, 154 – 10051 Avigliana Tel. 011 19660250	Lun. 8.30/14.30 – Merc. 8.30/12.30 e 13.30/16.30

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 nella 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 nella banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali
- Il Titolare del trattamento dei dati è: Città di Torino – Servizio Anziani e Tutele – ufficio domiciliarità anziani

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