



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