



fondo
sociale europeo

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 _____

DICHARA 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 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diploma Infermieristico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Fino a 4 mesi	<input type="checkbox"/> Da 4 a 12 mesi	<input type="checkbox"/> 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. 011 9214275	Mart. e Gio. 8/12
C.IA.C Scrl – 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 Scrl – SEDE “D.NEGRO”	Via Battitore, 82 – 10073 Cirié Tel. 011 9214534	Lun. 14/18 e Merc. 10/12
SAL C.IA.C Scrl – SEDE “F.PRAT”	Via San Varmondo Arborio, 5 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1865420	Lun. 10/12 e Gio. 14/16
CONEDIA s.c.s	Via Campo Sportivo, 9 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1960426	Da lun. a ven. 9/13
KAIROS MESTIERI	Via S. Francesco, 2 – 10014 Caluso Tel. 011 2207967	Mart. 9/13
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