

**Spett.le Comune di Decimoputzu**  
**Ufficio Servizi Sociali**  
**Piazza Municipio, 1**  
**09010 Decimoputzu (CA)**

**Oggetto: Domanda d'iscrizione al Registro Pubblico Assistenti Familiari per l'ambito territoriale del PLUS Area Ovest**

\_I\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

**L'iscrizione al Registro Pubblico Assistenti Familiari per l'ambito territoriale del PLUS Area Ovest**

A tal fine allega:

- copia documento di identità in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- fotocopia permesso di soggiorno (se straniero)
- due foto formato tessera;
- certificato medico di sana e robusta costituzione;
- fotocopia attestati titoli dichiarati (tradotti in italiano);
- altri documenti che si ritiene utili alla valutazione della domanda

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

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

\_\_\_ I \_\_\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

- di aver compiuto 18 anni;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
- di avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);
- di non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;

- Di essere in possesso dei seguenti titoli:

- attestato di frequenza di un corso di formazione professionale teorico pratico, ai sensi della Legge 21 dicembre 1978, n°845, della durata di almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona;
- qualifica professionale inerente l'area dell'assistenza socio sanitaria con riferimento all'area di cura della persona o di un titolo estero equipollente riconosciuto dal Ministero delle Politiche Sociali. I titoli esteri devono essere consegnati tradotti in lingua italiana;
- di aver maturato un'esperienza lavorativa con regolare assunzione documentata di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona.

- Che le fotocopie dei documenti allegati alla domanda di iscrizione al Registro degli Assistenti familiari sono conformi agli originali di cui è in possesso.

- di essere:                       occupato                                       disoccupato

Si impegna a comunicare a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali.  
Autorizza il comune di Assemini al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dalla legge 196/03.

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**Informazioni suppletive per l'iscrizione al Registro  
Pubblico Assistenti Familiari per l'ambito territoriale del  
PLUS Area Ovest**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Informa**

➤ **di aver lavorato/ di lavorare presso:**

Privati ( indicare tipo di utenza assistita) \_\_\_\_\_ con  
le seguenti mansioni \_\_\_\_\_

Enti Pubblici e/o cooperative associazioni (specificare con quale tipo di  
Contratto e con quali mansioni )

➤ **di preferire quale sede di lavoro il comune di** \_\_\_\_\_

➤ **di preferire come tempo lavoro**

- solo di mattina
- solo di sera
- solo di notte
- mattina /sera (12 ore)
- tempo pieno (24 ore)

➤ **di avere particolare attitudine per la cura di**

- disabili adulti
- disabili minori
- anziani

➤ **di essere**

- automunito
- in possesso della patente tipo \_\_\_\_\_

➤ **altro** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_