



Città di Vigevano

Provincia di Pavia



Settore Politiche Sociali-Culturali ed Educative

Servizio Programmazione e Piano Zona

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA - Ufficio di Piano

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F nato/a _____ (provincia o stato
estero)

il _____

Codice
fiscale _____

Cittadinanza _____ Residente nel comune di _____

Via _____ n.

_____ CAP _____

Telefono _____ cellulare _____

e-
mail _____

carta Identità/Patente n. _____ rilasciata da _____

il _____ scadenza il _____

Domiciliato (compilare solo in caso di domicilio diverso dalla residenza) nel Comune
di _____

Via _____ n.

_____ CAP _____

Solo per i cittadini stranieri

Carta/ permesso di soggiorno n. _____ rilasciato
dalla Questura di _____ in data _____ data di
scadenza _____

CHIEDE

☐ l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari del Comune dell'Ambito della Lomellina

A TAL FINE ALLEGA

1. fotocopia di documento di identità in corso di validità

2. autocertificazione di residenza anagrafica
3. fotocopia di titolo di soggiorno valido ai fini dell'assunzione per il lavoro subordinato (per i cittadini extracomunitari)
4. fotocopia di uno dei seguenti titoli:
 - . titolo di studio o di formazione in campo assistenziale o sociosanitario conseguito in Stato membro dell'Unione europea (se in lingua straniera, allegare anche fotocopia della traduzione asseverata da un'autorità italiana) *N.B. Sono equiparati i titoli degli Stati dello spazio economico europeo e della Confederazione svizzera*
 - . attestato di competenza con valenza di qualifica Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) rilasciato a seguito di corso riconosciuto da Regione Lombardia o titoli equipollenti rilasciati da altre Regioni/Province autonome;
 - . attestato di competenza con valenza di qualifica Operatore Socio Sanitario (OSS) rilasciato a seguito di corso riconosciuto da Regione Lombardia o da altre Regioni/Province autonome;
 - . attestato di competenza di Assistente familiare rilasciato a seguito del percorso formativo, nell'ambito del sistema di formazione professionale regionale lombardo, ai sensi della l.r. 6 agosto 2007, n. 19 (specificare se si tratta di Corso Base o di Corso di secondo livello):
 - ☐ Corso Base
 - ☐ Corso 2° livello/persone affette da Alzheimer
 - ☐ Corso 2° livello/persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica
 - . attestato di frequenza di percorso formativo in ambito assistenziale o sociosanitario riconosciuto, realizzato da Enti accreditati in altre Regioni o Province autonome, con un monte ore minimo pari a n. 160 ore
 - . documentazione attestante l'esperienza lavorativa, e più precisamente
 - fotocopia del contratto di lavoro
 - fotocopia dei versamenti dei contributi di legge
 - lettera del datore (o dei datori) di lavoro sulle mansioni svolte, che descriva le conoscenze di economia domestica;
5. per i cittadini stranieri, fotocopia documentazione attestante la conoscenza della lingua italiana di livello A2:
 - . fotocopia del diploma di scuola secondaria di primo grado conseguito in Italia

- . fotocopia della certificazione della conoscenza della lingua italiana livello A2 conseguita da:

- uno degli enti certificatori riconosciuti dal Ministero degli Affari Esteri o dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
- dai Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA) o precedentemente dai Centri Territoriali Permanenti (CTP)

6. autocertificazione di assenza di condanne o procedimenti penali in corso (v. modello DI-CHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)

Il/la sottoscritto/a, con la firma in calce, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune/Ambito contenuti nella presente istanza, anche mediante l'utilizzo di procedure informatiche, nonché la comunicazione a terzi esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Titolare del trattamento dei dati.....

Responsabile del trattamento dei dati.....

Li, _____

FIRMA
