



# Comune di Nuoro

Settore Servizi Sociali e Culturali

*Servizi Sociali*

**Oggetto: Iscrizione nel Registro Pubblico delle Assistenti Familiari (Badanti) del Distretto Sanitario di Nuoro.**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

a codesto Spett.le Ente, di poter essere iscritto nel registro pubblico delle assistenti familiari e, a tal fine, dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'iscrizione. Fornisce, inoltre, indicazioni relative a:

### **Preferenza per la sede lavorativa**

- Propria sede
- Territorio Provinciale
- Territorio Regionale

### **Disponibilità oraria**

- Lavoro notturno     Lavoro diurno
- Lavoro full time     Lavoro part time

### **Disponibilità alla convivenza**

- Si     No

### **Disponibilità alla frequenza di corsi di formazione**

- Si     No

## **AUTORIZZA**

Il Comune di Nuoro al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. 196/03

Allega:

- Allegato A dichiarazione sostitutiva di certificazione Requisiti iscrizione Registro assistenti familiari.
- Allegato B dichiarazione sostitutiva di certificazione di esperienze lavorative non documentabili con regolare assunzione.
- due foto formato tessera,.
- certificato di sana e robusta costituzione.
- curriculum vitae formato europeo.

Nuoro, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegato A

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

---

### Requisiti iscrizione Registro assistenti familiari

---

sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire (art. 2 della Legge 4 Gennaio 1968, n° 15, come modificato dall'art. 3 comma 10 della Legge 15 maggio 1997 n° 127, come modificato da regolamento CdM 16 ottobre 1998)

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via/Loc./ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 26 della L. 4 gennaio 1968, n° 15

di essere in possesso di un regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);

di avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);

di essere inoccupato/a       di essere disoccupato/a

di non aver conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti

di avere frequentato, con esito positivo, 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, ovvero essere in possesso della qualifica professionale inerente l'area dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona. Sono riconosciuti validi i titoli esteri equipollenti riconosciuti dal Ministero delle Politiche Sociali. I titoli esteri devono essere consegnati tradotti in lingua italiana.

di aver maturato un'esperienza lavorativa documentata di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona e nello specifico:

Assistenza anziano/a autosufficiente

Assistenza anziano/a non autosufficiente

Disabile fisico

Disabile psichico

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

\_\_ L \_\_ dichiarante

\_\_\_\_\_  
firma leggibile

Allegato B

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a.....nato a ..... (prov. ....) Il .....  
residente in ..... (prov. ....) via ..... n°.....

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e delle disposizioni del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

### DICHIARA

di aver svolto mansioni di Assistenza Personale presso

Famiglia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Famiglia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Famiglia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Famiglia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Luogo e data .....

Il dichiarante .....  
(firma per esteso e leggibile)