



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

All'Ufficio di Piano di Nuoro  
c/o Comune di Nuoro  
Via Dante n. 44  
08100 - Nuoro

**Oggetto:** Domanda d'iscrizione/di aggiornamento all'iscrizione al Registro Pubblico degli Assistenti Familiari

Il/ La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. /cell. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Carta Identità/Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

**Solo per i cittadini stranieri:**

Carta/Permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla

Questura di \_\_\_\_\_

Data di rilascio/ ultimo rinnovo \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
**(barrare la casella che interessa)**

- l'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari del Distretto di Nuoro;
- l'aggiornamento dell'iscrizione** al Registro degli Assistenti Familiari.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**  
**(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)**



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

**-barrare le caselle interessate-**

- di aver compiuto 18 anni;
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (cittadini stranieri);
- di avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (cittadini stranieri);
- di aver assolto all'obbligo scolastico (cittadini italiani) e, per i cittadini stranieri, avere un titolo equipollente;
- di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica attestata da un certificato medico;
- di essere in possesso di un' 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;

**oppure**

- di essere in possesso della qualifica professionale (OSS, OSA, ADEST, OTA o altro titolo equipollente) nel campo dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area della cura alla persona. Indicare:

Qualifica \_\_\_\_\_  
 n. ore di formazione \_\_\_\_\_

**oppure**

- di essere in possesso di un titolo estero equipollente riconosciuto dal Ministero delle Politiche Sociali (per i cittadini stranieri i titoli esteri devono essere consegnati e tradotti in lingua italiana), indicare il titolo \_\_\_\_\_

**oppure**

- di aver maturato un'esperienza lavorativa con regolare assunzione documentata di almeno 12 mesi nel campo della cura domiciliare alla persona, presso:

Datore di lavoro	Luogo	Data di inizio	Data di fine
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

E di aver avuto precedenti esperienze lavorative con persone:

- Autosufficienti;**
- Non autosufficienti:**
  - con Fragilità motoria
  - con Deficit Motorio (che necessitano di supporto o ausili)
  - Allettati
  - Affetti da Deficit Mentale (Alzheimer, Demenze, ecc)
  - Affetti da Patologia Psichiatrica
- Altro (Indicare \_\_\_\_\_)

**oppure**



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

- di aver frequentato con esito positivo un corso di formazione attivato da un comune o da altri Enti Pubblici della durata di almeno 200 ore. Indicare:

Denominazione del Corso Frequentato \_\_\_\_\_  
 svoltosi presso \_\_\_\_\_  
 n. ore di formazione \_\_\_\_\_

**Allegati alla domanda:**

1. SCHEDA DI DISPONIBILITA' AL LAVORO;
2. Informativa art. 13 D. Lgs 196/2003;
3. Curriculum Vitae formato Europeo datato e firmato;
4. Due foto formato tessera;
5. Certificazione di sana e robusta costituzione fisica;
6. Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;

**Altri allegati**

- Estratto contributivo rilasciato dall'INPS o scheda Anagrafica elaborata dal CSL;
- Copia di attestati di qualifica o di frequenza di corsi afferenti l'assistenza alla persona e relativa Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 attestante che le fotocopie dei documenti sono conformi agli originali;
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

### **INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.lgs. 196/2003**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ prende atto della seguente informativa resa ai sensi del D.Lgs. 196/2003:

- Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo che consente la gestione del Registro Pubblico degli Assistenti Familiari, che verrà effettuato con modalità informatiche e/o manuali;
- Il trattamento comporta operazioni relative anche ai dati sensibili, per i quali è individuata rilevanza di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e dei successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo. Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati, comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. lgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati etc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal Registro;
- I titolari del trattamento dei dati personali sono l'Ente Gestore Comune di Nuoro e i comuni del Distretto Sociosanitario di Nuoro.

Il/la sottoscritto/a fornisce ai sensi del D.Lgs. 196/2003 il proprio consenso affinché tali dati personali, come pur quelli che verranno comunicati in futuro ad integrazione dei suddetti, vengano trattati e comunicati a terzi incaricati, esclusivamente per scopi inerenti l'attività dichiarata.

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

Firma \_\_\_\_\_