

Al Responsabile dei Servizi Sociali
Del Comune di _____ (1)

(La domanda va compilata in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ Provincia di (o Stato Estero) _____
il giorno __/__/____ Residente/domiciliata/o nel Comune di _____
in via/piazza _____
tel. _____ cell. _____ Tipo documento di identità _____
_____ N. _____ rilasciato da _____
il _____ Permessi di soggiorno _____
_____ Codice fiscale _____
Email _____

CHIEDE

Di partecipare alla prova selettiva per l'ammissione al Corso di formazione per Assistenti Familiari organizzato dal Distretto Sociosanitario RM H1 in associazione temporanea di scopo.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo D.P.R., nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di essere:

- a) residente o domiciliato in uno dei Comuni del Distretto Sociosanitario RM H1: **Si No**
- b) inoccupato o disoccupato: **Si No**
- c) occupato che presta servizio di cura a persone anziane, in possesso di regolare contratto: **Si No**
- d) immigrato extracomunitario o neocomunitario, che si occupa del lavoro di cura e sostegno familiare nell'ambito dell'assistenza privata a domicilio, in regola con le norme in materia di immigrazione: **Si No**
- e) in possesso della Licenza di scuola Media Secondaria Inferiore o titolo superiore: **Si No**

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

La/Il sottoscritta/o ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, autorizza il Comune di residenza e il Comune di Monte Porzio Catone, in qualità di capofila del Distretto Sociosanitario RMH1, alla conoscenza e al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli anagrafici e/o sensibili anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presenti dati vengono resi. La/Il sottoscritta/o si impegna inoltre a comunicare tempestivamente l'eventuale cambio di residenza o recapito.

Luogo _____

Data _____

Firma

(1) Indicare il Comune di residenza o di domicilio.