

# DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

Spett.le Ambito di Gallarate

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 \_\_\_\_\_

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 dell'Ambito di Gallarate

**A TAL FINE DICHIARA**

di (barrare con una X):

- essere in possesso di patente di guida;
- essere automunito;
- essere immediatamente disponibile;
- essere già iscritto nel Registro di altro Ambito territoriale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- essere disponibile ad operare nei seguenti Comuni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- essere disponibile ad operare nei seguenti giorni e orari:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DI ESSERE IN POSSESSO ALTERNATIVAMENTE DEI SEGUENTI REQUISITI**  
(barrare con una X):

- a) titoli di studio o di formazione in campo assistenziale o sociosanitario (con relativa traduzione asseverata da una Autorità italiana) conseguiti negli Stati membri dell'Unione europea. Sono equiparati i titoli degli Stati dello Spazio Economico Europeo e della Confederazione Svizzera;
- b) attestati afferenti percorsi di formazione in ambito assistenziale o sociosanitario riconosciuti, realizzati da enti accreditati in altre Regioni o Province Autonome con un monte ore minimo pari a 160 ore;

- c) attestato di competenza con valenza di qualifica Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) e Operatore Socio Sanitario (OSS), rilasciato a seguito di corsi riconosciuti dalla Regione;
- d) attestato di competenza di Assistente familiare rilasciato a seguito del percorso formativo, nell'ambito del sistema di formazione professionale regionale, di cui alla l.r. 6 agosto 2007, n. 19;
- e) avere svolto un'attività lavorativa in Italia nel campo dell'assistenza familiare di almeno 12 mesi effettuati nell'arco temporale di 2 anni, certificata da regolare contratto di lavoro e dalla copia dei versamenti dei contributi di legge. Tale documentazione è integrata da una lettera del datore di lavoro in cui viene attestata la conoscenza di economia domestica, con la declinazione delle mansioni svolte (es. attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa, assistenza alla persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, ecc (**Allegare: MODELLO CERTIFICAZIONE DI REFERENZA LAVORATIVA**))

Il sottoscritto, 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 ("GDPR") nonché alla pubblicazione dei dati sul sito internet del Comune di Gallarate nella sezione dell'Ufficio di Piano dell'Ambito. I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di Gallarate in qualità di Ente Capofila dell'Ambito unicamente per la seguente finalità: espletamento fase di valutazione dei requisiti di ammissione e di inserimento dei dati nel Registro Territoriale.

Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di Gallarate in quanto Capofila dell'Ambito di Gallarate.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- **copia documento di identità in corso di validità**
- **autocertificazione di assenza di condanne o procedimenti penali in corso**
- **(cittadini stranieri) MODELLO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA)**
- **(solo in caso di presenza del requisito lettera e): contratto di lavoro e copia dei versamenti dei contributi di legge unitamente a MODELLO CERTIFICAZIONE DI REFERENZA LAVORATIVA**

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONDANNE PENALI**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA DI

[1] non aver riportato condanne penali ;

[2] non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali.

Luogo e Data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

## CERTIFICAZIONE DI REFERENZA LAVORATIVA (a cura del datore di lavoro)

Io sottoscritto/a

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

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con la presente dichiaro che:

il/la lavoratore/trice Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

ha prestato servizio in qualità di Assistente Familiare alle mie dipendenze dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con codice di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Nel suddetto periodo ha prestato assistenza:

A persona non autosufficiente

A persona autosufficiente

svolgendo le seguenti mansioni:

- igiene della persona
- igiene della casa
- preparazione pasti
- somministrazione pasti
- altro: \_\_\_\_\_

Nel suddetto periodo il/la lavoratore/trice ha eseguito le mansioni assegnate con competenza e professionalità.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede:

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA

(art. 46. DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere in possesso:

- di un diploma di scuola secondaria di primo grado conseguito in Italia

oppure, in alternativa

- della conoscenza \_\_\_\_\_ della lingua italiana, adeguata allo svolgimento delle mansioni richieste in qualità di Assistente Familiare.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_