

## **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Uff. Piano sociale di Zona  
Comune di Tivoli  
Capofila Ambito Territoriale Ottimale Roma 5  
Piazza del Governo n.1  
C.A.P. 00019 Tivoli (RM)

Oggetto: Richiesta di partecipazione al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, secondo quanto riportato nella Deliberazione della Regione Lazio n. 609 del 31/07/2007 e nell'allegato 1 del documento stesso.

<b>RICHIEDENTE</b>
--------------------

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a .....C.F. ....

Residente in ..... Prov. ....

Via .....Cap.....

Tel.....Cell. ....

Fax .....e-mail .....

Titolo di studio .....

Professione .....

### **CHIEDE**

di poter partecipare al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, nell'ambito delle attività del Programma Integrato Sovra Distrettuale "Home Care Alzheimer" per i malati di Alzheimer, in attuazione della D.G.R. 504/2012.

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e diverse previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76, fermo restando l'obbligo di produrre a prima richiesta la documentazione originale attestante la veridicità di quanto dichiarato

- di essere cittadino italiano, o, se straniero, di risiedere regolarmente in Italia;
- di essere residente in uno dei territori della ASL Roma 5;
- di avere assolto l'obbligo scolastico (Diploma di scuola media inferiore e dal 2007 titolo di studio conclusivo del primo ciclo e primi due anni di istruzione superiore così come definito dalla Legge 27 dicembre 2006 n. 296, art. 1 commi 662, 624, 632 s.m.i. e decreti attuativi);

- di avere una buona conoscenza della lingua italiana, ad un livello minimo A2;
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere consapevole che la presente domanda non comporta l'ammissione certa al percorso formativo;
- di essere consapevole che dichiarazioni false e mendaci comportano l'esclusione dalla procedura di selezione.

Dichiara altresì di appartenere, alternativamente, ad una delle seguenti categorie (barrare la voce di interesse):

- inoccupati (data di iscrizione al Centro per l'Impiego: \_\_\_\_\_);
- disoccupati (data di inizio stato di disoccupazione: \_\_\_\_\_);
- occupati, che prestano servizio di cura a persone anziane, in possesso di regolare contratto;

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

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda:

1. se cittadino italiano o comunitario:
  - copia del documento di identità in corso di validità;
2. se cittadino extracomunitario:
  - copia del documento di identità in corso di validità;
  - copia del titolo di studio conseguito all'estero con traduzione del medesimo;
  - copia del permesso di soggiorno in corso di validità.