



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI SANLURI

COMUNI DI BARUMINI, COLLINAS, FURTEI, GENURI, GESTURI, LAS PLASSAS, LUNAMATRONA, PAULI
ARBAREI, SAMASSI, SEGARIU, SANLURI, SERRAMANNA, SERRENTI, SETZU, SIDDI, TUILI, TURRI,
USSARAMANNA, VILLAMAR, VILLANOVAFORRU, VILLANOVAFRANCA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 6 - SANLURI



Allegato A

Istanza di ammissione alla frequenza del corso di formazione a distanza, integrata con incontri in presenza e stage PROGRAMMA DI FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE (Corso di Formazione per Assistenti familiari)

Spett.le AGENZIA FORMATIVA ExFor
c/o Provincia del Medio Campidano
Area Cultura
Via Paganini 22
09025 Sanluri (VS)

Domanda d'iscrizione al corso

Il/La sottoscritt_ _____
nat_ a _____ il _____
residente in: (via/piazza) _____
Comune _____ Prov. _____
Tel. Ab _____ Cell. _____ Tel. _____
_____ E-Mail _____
Codice fiscale _____

Chiede

di essere ammesso/a alla frequenza del Corso di:

PROGRAMMA DI FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE NELLA PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO (Durata totale ore 200 di cui 96 di formazione a distanza, 52 in aula e 52 di stage)

Assessorato alle politiche Sociali e Sanitarie

ISTANZA DI AMMISSIONE

*alla frequenza del corso di formazione a distanza, integrata con incontri in presenza e stage
PROGRAMMA DI FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE
(Corso di Formazione per Assistenti familiari)*

organizzato da codesta Amministrazione , gestito dall'Agenzia formativa ExFor e cofinanziato con Fondi della R.A.S.

A tal fine, consapevole delle conseguenze a cui può incorrere in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci (art.48-76 - D.P.R. 28/12/2000, n° 445) sotto la propria responsabilità dichiara il possesso dei seguenti:

REQUISITI DI AMMISSIBILITA' (barrare la voce che interessa):

- di avere conseguito il Titolo di studio di: _____ nell'anno _____;
- di avere assolto l'obbligo scolastico (solo per i cittadini italiani);
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri);
- di essere disoccupato/a al momento della presentazione della domanda di ammissione;
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi pendenti;
- di essere di sana e robusta costituzione;

Inoltre Dichiaro

- Di aver avuto un rapporto di lavoro documentabile inferiore a 12 mesi:

Indicare: _____
durata mesi _____;

- Di non frequentare al momento della presentazione della domanda alcun corso di formazione professionale;
- Di non aver frequentato alcun corso relativo alla Figura professionale di Assistente Familiare e/o OSS o comunque inerenti il settore sociale, sanitario e socio-sanitario;
- Che allo stato attuale non risulta inserito/a nel Registro distrettuale degli Assistenti Familiari;
- Che ha fatto domanda di iscrizione nel Registro distrettuale degli Assistenti Familiari e di non avere i requisiti di iscrizione.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto o, in caso di soprannumero, di essere soggetto a selezione nelle modalità previste dal Bando.

Di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, l'Istituto alla conservazione e al trattamento dei dati personali richiesti.

Luogo e data _____

Firma

ALLEGATI: FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

Assessorato alle politiche Sociali e Sanitarie

ISTANZA DI AMMISSIONE

alla frequenza del corso di formazione a distanza, integrata con incontri in presenza e stage

PROGRAMMA DI FORMAZIONE E SUPPORTO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE

(Corso di Formazione per Assistenti familiari)