



fondo  
sociale europeo

## DOMANDA DI ADESIONE

Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali  
Misura POR FSE 2014/2020 – Finanziato dalla Regione Piemonte con determinazione n. 939 del 28/08/2018

### DATI ANAGRAFICI

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome – stampatello leggibile – **dato obbligatorio**)

nato/a a \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
(Luogo di nascita (Città) – **dato obbligatorio**)

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Data di nascita – **dato obbligatorio**)

residente a \_\_\_\_\_ (**dato obbligatorio**)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
( in caso l'indirizzo del domicilio sia diverso dalla residenza)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_  
(**dato obbligatorio**)

Eventuale permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_,  
(**dato obbligatorio per i cittadini extracomunitari** – Il permesso di soggiorno deve essere in corso di validità alla data di presentazione della domanda)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

## DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI PRE – REQUISITI MINIMI

- Età superiore ai 18 anni
- Esperienza lavorativa pregressa documentata (assunzioni, lettere referenze, ecc.) e/o autocertificata, di almeno 4 mesi, nell'ambito dell'Assistenza Familiare
- (se interessato alla formazione) Possesso della Licenza Media conseguita in Italia o riconosciuta in Italia o disponibilità a sottoporsi alle prove di accesso al corso

1. TITOLO DI STUDIO:  Nessun Titolo  Licenza Elementare  Licenza Media

Diploma  Laurea

Conseguimento del titolo di Studio  Italia  Estero (validato in Italia  si  no)

Conoscenza della lingua italiana parlata e scritta:  sufficiente  buona  ottima

### 2. ATTESTATI E QUALIFICHE NEL SETTORE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Obbligatorio indicare SI o NO	SI/NO	SEDE (Città/ Stato se estero)	DATA (conseguimento)
Corso Base fino a 80 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Qualifica per Assistente Familiare 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1° Modulo OSS 200 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2° Modulo OSS 400 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Corso OSS con qualifica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diploma Infermieristico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3. DISPONIBILITÀ A PARTECIPARE AD UN CORSO DI FORMAZIONE  SI  NO

Possesso Licenza Media conseguita in Italia  SI  NO

Possesso Licenza Media riconosciuta in Italia  SI  NO

#### 4. ESPERIENZE LAVORATIVE NEL SETTORE

##### OBBLIGATORIO BARRARE UNO DEI PERIODI

<input type="checkbox"/> <b>Fino a 4 mesi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Da 4 a 12 mesi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oltre 1 anno</b>
Dal __/__/__	Dal __/__/__	Dal __/__/__
Al __/__/__	Al __/__/__	Al __/__/__
Dal __/__/__	Dal __/__/__	Dal __/__/__
Al __/__/__	Al __/__/__	Al __/__/__
Dal __/__/__	Dal __/__/__	Dal __/__/__
Al __/__/__	Al __/__/__	Al __/__/__
Dal __/__/__	Dal __/__/__	Dal __/__/__
Al __/__/__	Al __/__/__	Al __/__/__
Dal __/__/__	Dal __/__/__	Dal __/__/__
Al __/__/__	Al __/__/__	Al __/__/__

5. STATO OCCUPAZIONALE:  disoccupato  occupato  occupato part-time  
ISCRIZIONE PRESSO IL CENTRO PER L'IMPIEGO: **(Se disoccupato - dato obbligatorio)**

Sede Centro Impiego: \_\_\_\_\_

#### 6. DISPONIBILITÀ

TOTALE (sia convivente che ad ore)  SOLO CONVIVENTE  SOLO A ORE

7. PATENTE B  Sì  No AUTOMUNITO  Sì  No

**LA DOMANDA DI ADESIONE DOVRA' ESSERE PRESENTATA ENTRO IL 31/10/2019,  
CONSEGNATA A MANO o INVIATA TRAMITE A/R esclusivamente in una delle seguenti sedi:**

<b>SINAPSI s.c.s</b>	Via San Giovanni, 8 - 10073 Cirié Tel. 011 9214275	Mart. e Glo. 8/12
<b>C.IA.C Scrl – SEDE “A.SADA”</b>	C.so Re Arduino, 50 – 10086 Rivarolo Canavese Tel. 0124 425064 INT. 2	Lun. 9/13 e Ven. 14/16
<b>C.IA.C Scrl – SEDE “D.NEGRO”</b>	Via Battitore, 82 – 10073 Cirié Tel. 011 9214534	Lun. 14/18 e Merc. 10/12
<b>SAL C.IA.C Scrl – SEDE “F.PRAT”</b>	Via San Varmondo Arborio, 5 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1865420	Lun. 10/12 e Giov. 14/16
<b>CONEDIA s.c.s</b>	Via Campo Sportivo, 9 – 10015 Ivrea Tel. 0125 1960426	Da lun. a ven. 9/13
<b>KAIROS MESTIERI</b>	Via S. Francesco, 2 – 10014 Caluso Tel. 011 2207967	Mart. 9/13
<b>CONSORZIO IDEA Lavoro s.c.s</b>	Via Roma, 31 – 10062 Luserna San Giovanni Tel. 340 6665868	Mart. 14/18 e Ven. 9.30/13.30
<b>FORMONT</b>	Via Des Ambrois, 49 - 10056 Oulx Tel. 0122 832227	Da lun. a ven. 8.30/12.30
<b>CFIQ</b>	Via Trieste, 42 – 10064 Pinerolo Tel. 0121 393617	Lun., Merc. e Gio. 9/13 – Mart. e Merc. 15/18 – Ven. 10/12
<b>COESA</b>	Piazza Terzo Alpini, 1 – 10064 Pinerolo	Merc. 9/13 e 14/18
<b>CASA DI CARITA’</b>	Via Don Pogolotto, 45 – 10094 Giaveno Tel. 334 6480409	Mart. 13/17 e Merc. 13/17
<b>CASA DI CARITA’</b>	Corso Torino, 154 – 10051 Avigliana Tel. 011 19660250	Lun. 8.30/14.30 – Merc. 8.30/12.30 e 13.30/16.30

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445 in caso di false dichiarazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto affermato corrisponde a verità e si impegna a provarlo mediante la presentazione dei documenti attestanti le dichiarazioni

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**(firma obbligatoria)**

## Informativa sulla Privacy

- Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'esecuzione delle procedure per la partecipazione al Bando Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali
- I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nella pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati
- Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali
- In relazione alle finalità del Bando i dati potranno essere comunicati e/o inseriti nella banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali
- I dati raccolti saranno conservati nel rispetto delle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno in alcun modo oggetto di processi decisionali automatizzati.
- Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al loro trattamento (articoli 15-22 del GDPR), oltre al diritto della portabilità dei dati. Inoltre gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo contattando il responsabile della protezione dei dati presso il Garante per la protezione dei dati personali.
- Il titolare del trattamento è la Città metropolitana di Torino, con sede legale in Corso Inghilterra 7 a Torino, centralino 011 8612111, [protocollo@cert.cittametropolitana.torino.it](mailto:protocollo@cert.cittametropolitana.torino.it). Il Responsabile della Protezione Dati (Dati Protection Officer -DPO) è la dott.ssa **Carla Gatti** e i dati di contatto sono: Corso Inghilterra, 7 10138 Torino tel 011/8617800 e-mail [dpo@cittametropolitana.torino.it](mailto:dpo@cittametropolitana.torino.it)

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data

Firma

\_\_\_\_\_  
**(firma obbligatoria)**

-----  
RICEVUTO IN DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA