

SI IMPEGNA

a comunicare attraverso l'allegato C (variazione disponibilità) ogni variazione rispetto alla situazione personale dichiarata con la presente.

ALLEGA:

- scheda personale secondo l'Allegato "A" e allegato "B" debitamente datata e firmata;
- certificato di idoneità generica all'impiego prodotto dal Servizio di Igiene Pubblica della ASL 3 in originale;
- per i cittadini stranieri copia di un titolo estero equipollente riconosciuto dal Ministero delle Politiche Sociali e tradotto in lingua italiana (se posseduto);
- autocertificazione dei titoli posseduti datata e firmata;
- curriculum vitae datato e firmato;
- due foto formato tessera;
- copia documento di identità.

Qualora la documentazione risultasse incompleta (es. caselle non barrate; assenza di firma dalla documentazione, ecc.) la richiesta non verrà presa in considerazione .

Data _____ **Firma** _____

ALLEGATO A

SCHEDA PERSONALE

disponibilità di servizio

Dati anagrafici			
Nome		Cognome	
Data di nascita		Luogo di nascita (stato)	Pr(....)
Residenza	Comune	Cap.....	Pr(.....)
	Via /Piazza		Pr(.....)
Recapiti telefonici ai quali si desidera ricevere informazioni	Tel fisso		
	Mobile		
	e-mail		
sesto	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe\Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato\A <input type="checkbox"/> Separato\A <input type="checkbox"/> Vedovo\A <input type="checkbox"/> Divorziato\A
Disponibilità oraria del servizio di assistenza fornito			
<input type="checkbox"/> Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno <input type="checkbox"/> mattina - <input type="checkbox"/> pomeriggio - <input type="checkbox"/> sera - <input type="checkbox"/> notte			
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno) <input type="checkbox"/> mattina - <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> sera - <input type="checkbox"/> notte			
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernottamento)			
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza solamente notturna			
<input type="checkbox"/> Tutti i giorni con soggiorno presso casa dell'assistito e presenza a tempo pieno e pernottamento			
<input type="checkbox"/> Altra tipologia di servizio (specificare) _____ _____ _____ _____			

ALLEGATO A

Tipologia e caratteristiche del servizio di assistenza offerto

- ❑ **Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente**
Il soggetto esce da solo ma necessita di assistenza per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana (ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi sociosanitari etc.) nonché di sostegno alle attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.
- ❑ **Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente**
Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana (ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi sociosanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.
- ❑ **Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente**
Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana (ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi sociosanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.
- ❑ **Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella)**
Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana (ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi sociosanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.
- ❑ **Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato**
Il soggetto non ha possibilità e capacità di comunicazione attiva, non è autosufficiente ed ha necessità di assistenza di cura ininterrottamente.

Altre caratteristiche del servizio di assistenza offerto

- ❑ **Preparazione pasti per l'assistito**
- ❑ **Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale** dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.
- ❑ **Possesso della patente di guida tipo B**
- ❑ **Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari**
- ❑ **Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari** (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.)
- ❑ **Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale**

ALLEGATO A

Disponibilità logistica e territoriale del servizio di assistenza fornito

Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare/domiciliare presso sedi site nei seguenti Comuni :

- Foligno
- Bevagna
- Gualdo Cattaneo
- Montefalco
- Nocera Umbra
- Sellano
- Spello
- Trevi
- Valtopina
- Intero territorio della Zona Sociale

Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare :

- Presso casa dell'assistito (**senza alcuna altra presenza**)
- Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge)
- Presso casa dell'assistito (in presenza di Figlio/i e/o altri parenti)
- Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi)
- Presso casa di cura / servizi ospedalieri / Istituti etc.

Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare sede presso l'abitazione o sede dell'assistito purché la stessa sia:

- ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap
- dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici
- dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare (in caso di pernottamento)
- dotata di posto letto in stanza da condividere (in caso di pernottamento)
- dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare
- ubicata al centro o zone limitrofe/ periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici
- ubicata in periferia scarsamente servita da mezzi pubblici
- ubicata in periferia/campagna raggiungibile solo con mezzo privato

Informazioni aggiuntive esplicitate dal richiedente e non rilevata dalla scheda

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

ALLEGATO B

Competenze e Titoli

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....Stato.....

Residente a.....Prov.....

Via.....cap.....N.....

Sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle disposizioni del codice penale e delle Leggi speciali in materia

Dichiara di essere in possesso delle competenze e dei titoli di seguito elencati

Competenze nella comunicazione in lingua italiana				
<input type="checkbox"/> Essere madrelingua Italiana				
<input type="checkbox"/> Avere conoscenza della lingua italiana (specificare il livello):				
	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa
Comunicazione orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di lettura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenze di scrittura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Titoli di studio / Corsi nel settore dell'assistenza

(Elencare solo corsi e attestati correlati al ruolo professionale)

Titolo Corso

Durata corso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Più di 100 ore e meno di 200 | <input type="checkbox"/> Fino a 100 ore |
| <input type="checkbox"/> Più di 300 ore e meno di 400 | <input type="checkbox"/> Più di 200 ore e meno di 300 |
| | <input type="checkbox"/> Più di 400 ore |

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Istituto e/o Ente che ha organizzato il corso e/o rilasciato il Titolo

-
- Ente /Istituto con sede in Italia

Specificare ragione sociale e sede

-
- Ente /Istituto con sede in Stato Estero

Specificare ragione sociale Stato e sede

Tipologia attestato rilasciato

Nella sezione vanno inseriti esclusivamente Titoli e certificati rilasciati da strutture ed enti Italiani e titoli acquisiti in altri Stati purché tradotti e riconosciuti dalla Stato italiano

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun attestato | <input type="checkbox"/> Attestato di frequenza |
| <input type="checkbox"/> Attestato di qualifica professionale | <input type="checkbox"/> Attestato di specializzazione |

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Titoli di studio / Corsi nel settore dell'assistenza

(Elencare solo corsi e attestati correlati al ruolo professionale)

Titolo Corso

Durata corso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Più di 100 ore e meno di 200 | <input type="checkbox"/> Fino a 100 ore |
| <input type="checkbox"/> Più di 300 ore e meno di 400 | <input type="checkbox"/> Più di 200 ore e meno di 300 |
| | <input type="checkbox"/> Più di 400 ore |

Periodo di svolgimento: dal _____ **al** _____
Mese e anno Mese e anno

Istituto e/o Ente che ha organizzato il corso e/o rilasciato il Titolo

- Ente /Istituto con sede in Italia
-

Specificare ragione sociale e sede

- Ente /Istituto con sede in Stato Estero
-

Specificare ragione sociale Stato e sede

Tipologia attestato rilasciato

Nella sezione vanno inseriti esclusivamente Titoli e certificati rilasciati da strutture ed enti Italiani e titoli acquisiti in altri Stati purché tradotti e riconosciuti dalla Stato italiano

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun attestato | <input type="checkbox"/> Attestato di frequenza |
| <input type="checkbox"/> Attestato di qualifica professionale | <input type="checkbox"/> Attestato di specializzazione |

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Titoli di studio / Corsi nel settore dell'assistenza

(Elencare solo corsi e attestati correlati al ruolo professionale)

Titolo Corso _____

Durata corso:

- Più di 100 ore e meno di 200
 Più di 300 ore e meno di 400

- Fino a 100 ore
 Più di 200 ore e meno di 300
a Più di 400 ore

Periodo di svolgimento: dal _____ **al** _____
Mese e anno Mese e anno

Istituto e/o Ente che ha organizzato il corso e/o rilasciato il Titolo

- Ente /Istituto con sede in Italia

Specificare ragione sociale e sede

- Ente /Istituto con sede in Stato Estero

Specificare ragione sociale Stato e sede

Tipologia attestato rilasciato

Nella sezione vanno inseriti esclusivamente Titoli e certificati rilasciati da strutture ed enti Italiani e titoli acquisiti in altri Stati purché tradotti e riconosciuti dalla Stato italiano

- Nessun attestato
 Attestato di frequenza
 Attestato di qualifica professionale
 Attestato di specializzazione

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**
Entrambe

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *

(Elencare solo esperienze certificabili)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza :

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici (demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.)
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc.) ma senza problemi e limiti fisici

Firma _____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

I dati acquisiti saranno trattati e conservati dal personale dall'Amministrazione Comunale di Foligno nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'intervento.

Il titolare dei dati è il Sindaco del comune di Foligno. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente dell'Area Diritti di Cittadinanza .

La raccolta dei dati è obbligatoria per le procedure di gestione del registro degli assistenti familiari; in assenza di essa non si potrà procedere all'iscrizione del richiedente.

I dati raccolti dovranno essere utilizzati per la redazione e la pubblicizzazione del registro.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al Servizio Sociale.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/2003 di cui si allega il testo.

Art 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art.13 del D. Lgs. 196/2003.

L'interessato del trattamento
