



spett.le Assessorato Sanità, salute e politiche sociali
Direzione politiche sociali
Ufficio Formazione
Loc. Grand Chemin, 4
11020 SAINT-CHRISTOPHE

ASSISTENTE PERSONALE ELENCO UNICO REGIONALE

MODULO VARIAZIONE DATI

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____,

comunica la variazione dei seguenti dati

(COMPILARE SOLTANTO i campi che sono variati rispetto alla domanda presentata precedentemente)

- Residenza

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____
telefono _____, cellulare _____, e-mail _____

- Domicilio (*se diverso dalla residenza*)

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____
telefono _____, cellulare _____, e-mail _____

- Convivente presso il datore di lavoro: sì no
- In possesso della patente B di guida: sì no automunito: sì no

- Situazione occupazionale:

- in qualità di assistente personale: a tempo pieno (pari o superiore a 40 ore settimanali)
 part-time (inferiore a 40 ore settimanali)
 non occupato

occupato/a in altro settore: sì no

- Titolo di studio conseguito in Italia o equipollente:

- istruzione elementare
 istruzione secondaria di 1° grado (medie) istruzione secondaria di 2° grado (superiori)
 laurea triennale laurea specialistica

Altro titolo straniero: _____

da compilare esclusivamente da parte di chi non è occupato, o vuole modificare la propria condizione lavorativa:

- Esprime la propria disponibilità a lavorare:
 a tempo pieno part-time in regime di convivenza a tempo pieno o part-time
- in tutto il territorio regionale
 esclusivamente nel comune di _____ e nei comuni vicini: sì no
- preferibilmente con la seguente tipologia di utenza: anziani disabili malati

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui va incontro rilasciando dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art.38, 46, 47 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità che quanto contenuto nel modulo corrisponde a verità.

Ai fini dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003, si informa che i dati personali sono trattati, per via informatica e/o cartacea, ai soli fini previsti dalla normativa. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali, che sono comunicati e diffusi per fini istituzionali, preclude l'iscrizione all'Elenco di cui trattasi.

L'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli 7 e 8 del d. lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è la regione Autonoma valle d'Aosta, nella persona del Presidente della Regione, con sede in piazza Deffeyes, 1 – Aosta; il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Direzione politiche sociali del Dipartimento Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Firma

(da effettuarsi al momento della consegna)

Luogo, data _____