Région Autonome Vallée d'Aoste | Regione Autonoma Valle d'Aosta

ASSISTENTE PERSONALE
Elenco unico regionale della Valle d'Aosta

MODULO DI ISCRIZIONE
all'Elenco Unico Regionale degli ASSISTENTI PERSONALI

All'Assessorato Sanità, Salute, Politiche sociali
Struttura Sostegni alla comunità - Ufficio Elenco assistenti personali
Rue de la Maladière n. 12 - 11020 SAINT-CHRISTOPHE

La CONSEGNA DEL MODULO di iscrizione deve avvenire **personalmente su appuntamento***
***Telefonare al numero 0165.527130 (dal lunedì al mercoledì)**

Il/La sottoscritto/a **cognome** _____ **nome** _____

codice fiscale _____ maschio □ femmina □

DATA DI NASCITA _____ **NAZIONE DI NASCITA**

LUOGO DI NASCITA (**città/comune**) _____ _____

- **CITTADINANZA** _____

- **RESIDENZA**

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____
telefono_____, e-mail _____

- Domicilio *(da compilare **solo se diverso dalla residenza**)*

comune _____, Cap _____,
indirizzo _____

- **SITUAZIONE LAVORATIVA**

☐ Sta lavorando come **Assistente Personale**, **con contratto di lavoro a tempo pieno (pari o superiore a 40 ore settimanali)**

o Convivente presso la persona assistita: sì □ no □

☐ Sta lavorando come **Assistente Personale**, **con contratto di lavoro a part-time (inferiore a 40 ore settimanali)**

□ Non sta lavorando

□ Sta lavorando in un altro settore

- **TITOLO DI STUDIO ITALIANO (scuole frequentate in Italia)** o equipollente conseguito in Italia:

□ istruzione elementare

□ istruzione secondaria di 1° grado (medie) □ istruzione secondaria di 2° grado (superiori)

□ laurea triennale □ laurea specialistica

- **TITOLO DI STUDIO** CONSEGUITO **ALL'ESTERO**: _____

COMPILARE <u>SOLO SE</u> HA SEGUITO CORSI DI FORMAZIONE (ad es. OSS, corsi per assistenti familiari) O CORSI SCOLASTICI UTILI ALLA PROFESSIONE DELL'ASSISTENTE PERSONALE, anche nel Paese di origine, di cui si può dimostrarne la partecipazione (anche dopo l'iscrizione):

inserire nome del corso

_____ con qualifica □ durata _____ ore

_____ con qualifica □ durata _____ ore

_____ con qualifica □ durata _____ ore

_____ con qualifica □ durata _____ ore

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'Elenco Unico Regionale degli assistenti personali

consentendo la pubblicazione dei propri dati sul sito della Regione Autonoma Valle d'Aosta

(IMPORTANTE: da leggere e compilare con le crocette)

DICHIARA,

ai sensi della L.R. 06/08/2007 n. 19 artt. 30, 31,33, 39 e del D.P.R.445/2000 artt. 75,76, e consapevole del fatto che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, o esibisca un atto contenente dati non più rispondenti a verità, è punito dalle leggi speciali in materia. Altresì consapevole del fatto che, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione, interverrà la cancellazione dall'elenco,

- □ se cittadino straniero extra-comunitario, di possedere regolare Permesso di soggiorno valido ai fini lavorativi;
- □ di non essere stato condannato, con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero non avere procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale;
- □ di non essere stato oggetto di segnalazione da parte di precedenti datori di lavoro di fatti e/o comportamenti che abbiano comportato la cancellazione (abuso, maltrattamento, furto, truffa e/o altri comportamenti gravemente dannosi nei confronti della persona assistita);
- □ **di essere a conoscenza dell'obbligo formativo annuale pari a 6 ore o biennale pari a 12 ore, necessario ai fini del mantenimento dell'iscrizione;**
- □ **di essere a conoscenza dell'obbligo di presentare annualmente, entro il 31 dicembre, il "Modulo di conferma iscrizione" per l'anno successivo, ai fini della conferma di iscrizione all'elenco;**
- □ di accettare che le comunicazioni che saranno inviate dagli uffici regionali in indirizzo avverranno utilizzando i recapiti telefonici o di posta elettronica sopra indicati.

Firma
(da effettuarsi al momento della consegna)
Portare carta di identità o passaporto validi

Luogo, data _____ _____