

**REGISTRO OSS, ASSISTENTI FAMILIARI, EDUCATORI PROFESSIONALI,
ALTRI OPERATORI E AGENZIE PER IL LAVORO**

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Spett.le Ambito Territoriale Sociale di Montalto
Uffugo (CS) - Comune capofila
Progetto Home Care Premium 2014
SEDE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il ___/___/____ Stato di nascita _____

Codice Fiscale:

Residente in via/Piazza _____ n. _____ Città _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Domiciliato in Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____ Cell. _____

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) _____ Sesso (barrare la casella): M F

Carta identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____ il ___/___/____

oppure Passaporto n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/____

Solo per i cittadini stranieri:

Carta / Permesso di soggiorno n. _____ rilasciato dalla

Questura di _____ data di rilascio ___/___/____ data di scadenza ___/___/____

primo rilascio ___/___/____ data rinnovo ___/___/____

CHIEDE

di essere iscritto/a nel Registro *de quo*

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni così rese comporterà la decadenza dell'iscrizione oltre che la denuncia all'autorità competente e applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000:

– barrare le caselle interessate –

Di possedere una conoscenza della lingua italiana adeguata allo svolgimento dell'attività di cui al progetto HCP 2014 (solo per i cittadini stranieri);

Di essere in possesso dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale _____

Di non aver subito condanne penali;

Di avere maturato una esperienza professionale remunerata e documentata *on the job* in materia sociale;

Di essere in possesso della patente tipo _____;

Di essere iscritto al seguente corso di formazione professionale (allegare attestato di iscrizione) inerente le materie socioassistenziali e sociosanitarie:

Preferenza per la sede lavorativa

- Propria Sede
 Territorio dell'Ambito Sociale

Disponibilità oraria

- Lavoro notturno
 Lavoro diurno
 Lavoro full time
 Lavoro part time

Disponibilità alla convivenza

- Si No

Disponibilità alla frequenza di corsi di formazione

- Si No

Di essere disponibile e competente a svolgere le seguenti mansioni (barrare le caselle interessate):

- cura e igiene della persona
- cura e igiene della casa
- preparazione e somministrazione pasti
- acquisto generi alimentari e altro
- disbrigo pratiche amministrative
- accompagnamento per visite mediche
- accompagnamento attività del tempo libero
- affiancare e supportare il beneficiario e la sua famiglia in relazione ai bisogni espressi;
- effettuare acquisti, disbrigo di altre pratiche burocratiche;
- applicare correttamente le pratiche per l'alzata;
- supportare il movimento e la deambulazione di utenti di diverso grado di inabilità;
- applicare le tecniche per l'assunzione di posture corrette;
- realizzare semplici pratiche di mobilizzazione e mantenimento delle capacità motorie;
- applicare le procedure tecniche di prevenzione dei rischi professionali;
- supportare l'utente nelle pratiche di igiene personale e nell'abbigliamento;
- osservare le specifiche dietologiche di base per l'alimentazione degli anziani e quelle collegate alle loro principali patologie;
- applicare le tecniche per supportare l'utente nell'assunzione dei cibi sulla base dei diversi gradi di autosufficienza;
- supportare il personale sanitario nell'applicazione dei presidi finalizzati all'alimentazione per via enterale;
- utilizzare modalità, materiali e strumenti per una corretta sanificazione e sanitizzazione degli ambienti;

utilizzare modalità, materiali e strumenti per una corretta disinfezione, sterilizzazione e decontaminazione di eventuali strumenti e presidi sanitari presenti a domicilio e quant'altro necessario alla cura della persona così come previsto nel progetto Home Care Premium 2014.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali. Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ente, capofila Ambito Territoriale Sociale, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

_____ / ____ / _____

(Luogo e Data)

Firma del Dichiarante

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- *fotocopia documento di identità in corso di validità;*
- *fotocopia carta/permesso di soggiorno, rinnovo, prenotazione;*
- *n. 2 fototessera;*
- *fotocopia degli attestati dei titoli dichiarati (tradotti in italiano);*
- *attestato di iscrizione ad un corso professionale;*
- *altri documenti che si ritengono utili ai fini della valutazione della domanda;*
- *certificato medico attestante la sana e robusta costituzione.*