Spett. Co-Mete
Società cooperativa sociale
via Is Mirrionis n. 189
09122 Cagliari

Oggetto: Avviso Pubblico di selezione per l'iscrizione al corso di formazione per assistenti familiari per l'ambito territoriale del PLUS 21.

D O M A N D A D I I S C R I Z I O N E

__l__ sottoscritt____ _____ (cognome) _____ (nome)

nat ___ a_____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

codice fiscale n. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] residente nel comune di

_____ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ] prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

telefono n. _____ cellulare n. _____

indirizzo e-mail _____

C H I E D E

di essere ammess__ a partecipare al corso di formazione teorico-pratico finalizzato all'iscrizione al registro degli Assistenti Familiari per l'Ambito del PLUS 21, della durata totale di 250 ore, con sede formativa a Cagliari.

A tal fine si allega alla presente:

- ❑ dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A)

Luogo e data _____

Firma

_____

Informativa sulla privacy. I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni e sono necessari all'espletamento dei procedimenti per i quali sono richiesti; tali dati saranno utilizzati esclusivamente a questo scopo e conformemente a quanto prescritto dal D. Lgs. 196/2003.

Allegato A

Oggetto: Avviso Pubblico di selezione per l'iscrizione al corso di formazione per assistenti familiari per l'ambito territoriale del PLUS 21.

D I C H I A R A Z I O N E S O S T I T U T I V A D I C E R T I F I C A Z I O N E

(articoli 46 e 48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

__ l __ sottoscritt____ _____ (cognome) _____ (nome)

nat ___ a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

codice fiscale n. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] residente nel comune di

_____ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ] Prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000,

D I C H I A R A

(barrare la casella solamente se in possesso del requisito corrispondente)

- ❑ di essere iscritto ad una delle sezioni del Registro degli Assistenti Familiari del PLUS 21
- ❑ di appartenere a famiglia monogenitoriale con figli minori
- ❑ se straniero, di permanere continuativamente con regolare permesso in Italia dall'anno _____
- ❑ se disoccupato, di avere un'anzianità di disoccupazione certificata dall'anno _____
- ❑ di avere carichi di cura verso familiari e affini fino al terzo grado

Si allega alla presente:

- ❑ copia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

Luogo e data _____

Firma

_____

Attenzione: la presente dichiarazione non è valida se non è corredata della copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante