

**Registro OSS, Assistenti Familiari, Educatori Professionali,
altri operatori e Agenzie per il lavoro**

Fac-simile domanda di iscrizione

Spett.le

L'ATI

“Terzo Millennio – Benessere – Alma Mater – Punto a Capo”

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 socio-assistenziali 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 formazione

- Si
- No

Disponibilità alla frequenza di corsi di

- 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'ATI, 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.