

Spettabile

DOMANDA DI ADESIONE – TARGET 2 – FAMIGLIA

Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali – POR-FSE 2014/2020 Misura 2.9iv 8.2.2.

Progetto “INSIEME PER LA CURA VERSO UN’ASSISTENZA FAMILIARE QUALIFICATA”

finanziato dalla Regione Piemonte con determinazione n. 939 del 28/8/2018
realizzato dalla Città di San Mauro T.se, in co-progettazione con le reti territoriali che operano a diverso titolo nell’ambito dell’Assistenza Familiare (deliberazione della Giunta comunale n. 177 del 28/11/2018).

Il/la Sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome – stampatello leggibile – **dato obbligatorio**)

nato/a a _____ Stato _____
(Luogo di nascita (Città) – **dato obbligatorio**)

il ____/____/____ residente in _____
(Data di nascita – **dato obbligatorio**)

via _____ CAP _____

domiciliato/a a _____
(in caso l’indirizzo del domicilio sia diverso dalla residenza)

via _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Indirizzo mail _____

CHIEDE L'INDIVIDUAZIONE DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE A FAVORE

- ☐ Di me medesimo
☐ Del/della sig./sig.ra _____
(Cognome e Nome – stampatello leggibile)

In qualità di (parente, persona che esercita la tutela, altro) _____

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCESSO

- ☐ **Sostenere carichi di cura a favore di un familiare con limitazioni dell'autonomia**

1. DATI DEL FAMILIARE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA:

Cognome e Nome _____
(stampatello leggibile)

nato/a a _____ Stato _____
(Luogo di nascita (Città))

il ____/____/____ residente in _____
(Data di nascita)

via _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

2. DISPONIBILITÀ (selezionare UNA SCELTA per ogni riga) per futuro contratto di lavoro con
l'ASSISTENTE FAMILIARE formato in conformità del progetto

- ☐ tempo INDETERMINATO ☐ tempo DETERMINATO
☐ tempo pieno ☐ tempo parziale
☐ CONVIVENTE ☐ NON CONVIVENTE

3. ACCESSO AGLI INCENTIVI ALL'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DELL'ASSISTENTE FAMILIARE FORMATO IN CONFORMITÀ DEL PROGETTO

- ☐ Sì ☐ No

La presente domanda è da presentare A MANO, a scelta presso i recapiti sotto riportati, dal 8 APRILE 2019. (L'ammissione ai servizi verrà effettuata in ordine di arrivo della domanda e fino alla concorrenza delle risorse finanziarie disponibili):

Agenzia Formativa CONSAF	Via Torino 273 San Mauro T.se	lunedì da ore 14.00 a ore 17.00 mercoledì da ore 09.00 a ore 12.00 giovedì da ore 09.00 a ore 12.00
Consorzio Sociale ABELE LAVORO	Via dell'Asilo 11 San Mauro T.se	lunedì da ore 09.00 a ore 12.00 venerdì da ore 09.00 a ore 12.00

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445 in caso di false dichiarazioni, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto affermato corrisponde a verità e si impegna a provarlo mediante la presentazione dei documenti attestanti le dichiarazioni.

Data _____

FIRMA _____
(obbligatoria)

Informativa sulla Privacy

- Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'esecuzione delle procedure per la partecipazione al Bando "Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali".
- I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nella pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati.
- Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali.
- In relazione alle finalità del Bando i dati potranno essere comunicati e/o inseriti nella banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali.
- Il Titolare del trattamento dei dati è: Comune di San Mauro T.se.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____
(obbligatoria)

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____
(obbligatoria)

ALLEGATI:

- ☐ documento di identità in corso di validità del richiedente (fotocopia)
- ☐ ISEE in corso di validità (per la famiglia che intenda accedere agli incentivi all'assunzione a tempo indeterminato dell'assistente familiare formato in conformità al presente progetto) (fotocopia)
- ☐ _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

RICEVUTO IN DATA _____

ALLE ORE _____

TIMBRO E FIRMA

CONSEGNATA COPIA IN DATA _____

FIRMA PER RICEVUTA
