

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO

Il sottoscritto richiede di partecipare* al corso formativo: **“L’Assistente Domiciliare per il Malato di SLA: Professionalità, Competenza ed Empatia”** approvato dalla Regione Lazio con Determinazione D 1169 del 17/03/2010

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione falsa o mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

Dichiara quanto segue:

1. Dati anagrafici

Nome _____	Cognome _____		
Data di nascita _____	Stato Civile _____	Codice fiscale _____	
Città di nascita _____	Cittadinanza _____		
Residente in _____	via _____	cap _____	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____			
Tel. ab. _____	cell. _____	e mail _____	
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO			
Tipo di documento _____	N° _____	Rilasciato da _____	Scadenza _____

2. PER I CITTADINI STRANIERI :

Data di scadenza del Permesso di soggiorno _____	
Data richiesta di rinnovo del Permesso di soggiorno _____	
Data di rinnovo del Permesso di soggiorno _____	nuova scadenza _____
Grado di conoscenza della lingua italiana:	
◆ <i>comprensione:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono
◆ <i>lettura:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono
◆ <i>scrittura:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono

Indicare giorni e orari di preferenza per la frequenza al corso**

Dal lunedì al venerdì tre volte a settimana

orari diurni orari pomeridiani

Allega:

- Fotocopia documento di riconoscimento
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia permesso di soggiorno o della ricevuta di Richiesta di rinnovo (se cittadino extracomunitario)
- Autocertificazione Posizione Lavorativa (Allegato A)
- Dichiarazione Sostitutiva Del Titolo Di Studio (Allegato B)
- Autocertificazione Esperienze Pregresse (Allegato C)
- Dichiarazione Sostitutiva Domicilio (Allegato D) Da compilare solamente se la Residenza è diversa dal Domicilio.
- Curriculum Vitae

***L'ammissione al corso di formazione avviene previo accertamento dei requisiti previsti dal bando e previo superamento di eventuali prove preselettive e selettive (colloquio, test ..) effettuate da una apposita Commissione.**

La graduatoria degli idonei alla selezione sarà stilata sulla base dei requisiti posseduti e dell'esito delle prove selettive.

La domanda di ammissione al corso, redatta in carta semplice e con allegata la copia di un documento in corso di validità e la documentazione relativa al possesso dei requisiti richiesti, deve essere trasmessa unicamente a mezzo raccomandata a/r e deve pervenire entro il termine improrogabile del giorno 07/07/2011 ore 16.00 alla sede di ISPA LAZIO Via Giulia, 71 – 00186 Roma.

Per le domande consegnate a mano, il soggetto attuatore rilascerà, agli interessati, ricevuta recante la data di consegna.

Farà fede esclusivamente il timbro del protocollo di accettazione dell'ISPA Lazio, anche nel caso di invio a mezzo posta, non prendendo in considerazione la data di spedizione.

Per i cittadini extra-comunitari, il possesso del permesso di soggiorno non può essere autocertificato con dichiarazione ex D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445. Lo stesso deve essere, pertanto, trasmesso in copia congiuntamente alla domanda di partecipazione.

Le domande incomplete non verranno prese in esame.

**** Le preferenze espresse dal candidato verranno prese in considerazione compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Ente**

Data _____

Firma richiedente _____

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi e per effetto dell'art.10 e seguenti del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, è consapevole che i dati personali richiesti dall'ente I.S.P.A. – Istituto di Studi sui Problemi dell'Artigianato – Regionale del Lazio sono indispensabili ai fini istituzionali e saranno oggetto di comunicazione o diffusione solo ai soggetti che operano il controllo sull'attività corsuale. I dati forniti, utilizzati al fine di registrare la partecipazione al corso, saranno inseriti nella banca dati dell'Ente ISPA LAZIO e comunicati alla Regione Lazio per l'attivazione, gestione e rendicontazione del percorso formativo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Data

Firma

(Leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE POSIZIONE LAVORATIVA

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ (_____) Stato _____ il ____ / ____ / ____
C.F. _____ residente a _____ (____) in _____
Via _____ n. _____, Cap _____ domiciliato a _____ in _____
Via _____ n _____, Cap _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione falsa e mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

di trovarsi nella seguente posizione lavorativa:

- In cerca di prima occupazione*
- In cerca di nuova occupazione;*

Data

Firma

(Leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL TITOLO DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ Stato _____ il _____ / _____ / _____

C.F. _____ residente a _____ Prov. (_____)

in Via _____ n. _____, Cap _____ domiciliato a

_____ in Via _____ n. _____, Cap _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Diploma di scuola media inferiore
- Diploma di scuola media superiore
- Qualifica Professionale Post Diploma
- Diploma Universitario o Laurea
- Altro (Specificare) _____

Conseguito presso _____

Nell'anno _____

Specificare il Titolo Conseguito _____

PER I CITTADINI STRANIERI :

Titolo di studio posseduto: _____

Conseguito presso _____

Nell'anno _____

Specificare se il titolo è stato tradotto in lingua italiana e/o riconosciuto dallo stato Italiano

Data

Firma

(Leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE ESPERIENZE PREGRESSE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. _____ Stato _____ il _____ / _____ / _____
C.F. _____ residente a _____ Prov.(_____) in
Via _____ n, _____, Cap _____ domiciliato a
_____ in Via _____ n, _____, Cap _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

- di non avere pregresse esperienze lavorative nell'ambito dell'assistenza domiciliare.
- di avere le seguenti pregresse esperienze lavorative nell'ambito dell'assistenza domiciliare:

Anno:

Datore/Luogo:

Mansioni:

Anno:

Datore/Luogo:

Mansioni:

Anno:

Datore/Luogo:

Mansioni:

Anno:

Datore/Luogo:

Mansioni:

Data

Firma

(Leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DI DOMICILIO

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (_____) Stato _____ il ____/____/____
C.F. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione falsa e mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

di essere residente a _____ (____) in Via _____ n,____, Cap _____ e
di essere tuttavia domiciliato nella Regione Lazio a _____ in
Via _____ n____, Cap _____ per ragioni di

Data

Firma

(Leggibile)