

## 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 pervenire entro il termine improrogabile del giorno 15/03/2011 ore 17.00 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.**

**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)**