



Corso di formazione per Assistenti familiari e Collaboratrici domestiche

La/il sottoscritta/o _____
nata/o il _____ a _____ (indicare lo Stato se diverso da quello italiano)
Residente in Via/Piazza _____ n. _____
Cap. _____ Città _____
Domiciliata/o (solo se diverso dalla residenza) in Via/Piazza _____ n. _____
Cap. _____ Città _____
Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____ @ _____
Stato civile _____ Figli SI' NO
Se sì: n° ____ Età _____ Città di residenza dei figli _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per la frequenza del corso Acli Sì-Cura e a tal fine

DICHIARA:

di essere in possesso del **titolo conclusivo del primo ciclo scolastico** (diploma scuola dell'obbligo)
 di essere in possesso della **cittadinanza italiana** o di un regolare **permesso di soggiorno**
 di essere a conoscenza della **lingua italiana**
 di non aver riportato condanne penali e non aver procedimenti penali in corso
 di non avere limitazioni fisiche o malattie che impediscono lo svolgimento del lavoro di cura
 di essere disponibile a svolgere il tirocinio del corso su tutto il territorio della Provincia di Trento

DICHIARA INOLTRE:

di possedere il seguente **titolo di studio** (*allego attestati dei titoli posseduti*):

- diploma scuola media superiore (o equipollente), indirizzo _____
- laurea in _____ Votazione _____
conseguita presso _____
- eventuali altri corsi _____
_____ conseguiti presso _____

Conoscenza **lingua italiana** (solo per stranieri) sufficiente buona ottima

- certificazione o attestazione _____ livello _____
(*allego certificazione*)
- iscrizione al corso di lingua italiana presso _____ livello _____

Conoscenza **lingua straniera** NO SI' , se sì indicare quali: _____

Certifico di aver frequentato il corso Pronto Soccorso presso _____
per un numero di ore _____ (*allego certificato*)



- Di aver avuto **esperienze** nell'ambito del lavoro di assistenza alla persona SÌ' NO

(allego referenze possedute e recapiti dei datori di lavoro):

Tipo di esperienza di cura	Durata

Situazione lavorativa attuale: disoccupata/o inoccupata/o studente
 occupata/o presso _____ nei seguenti
giorni _____ orario _____

di essere in possesso della patente B SÌ' NO
se SÌ', di essere automunita/o SÌ' NO

DISPONIBILITA' PER L'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA FAMILIARE

(è possibile esprimere più di una preferenza)

Sono interessata a **lavorare** in co-residenza
 ad ore: mattina pomeriggio sera notte
Zona di preferenza sul territorio provinciale: _____
Preferenza per tipologia di assistenza: _____
Disponibilità per lavori di pulizie e cura della casa Sì No

Note: Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione. I dati autocertificati potranno essere verificati dall'Ente Gestore del progetto. Ai sensi del DLGS n. 196/2003 autorizzo le ACLI Trentine al trattamento dei dati sopraindicati per gli usi necessari alla realizzazione del Corso e del Progetto Accli Sì -Cura.

Trento, _____

FIRMA _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO:

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del dipendente _____

Estremi del documento di identità del sottoscrittore _____

Protocollo numero: _____ Data e ora: _____

Allegati _____ /4 manca _____