AMBITO TERRITORIALE
DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

ALLEGATO A

PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'ISCRIZIONE NEL *REGISTRO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI* A SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' DELL'AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comune di LOCRI
Capofila dell'Ambito Territoriale di Locri
Via Matteotti, n°152
89044 – LOCRI (RC)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il___/___/_____

a _____ Prov. ___ C.F _____

Residente a _____ Prov. ____Via _____

_____ n._____ CAP_____Telefono _____

e-mail_____PEC _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE

al Registro delle Competenze professionali, istituito dall'Ambito Territoriale di Locri, per il seguente profilo:

- ☐ Assistente familiare
- ☐ Operatore Socio Sanitario
- ☐ Operatore Socio Assistenziale
- ☐ Educatore professionale
- ☐ Assistente Educativo
- ☐ Psicologo
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Logopedista

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi della legge 445/2000, di:

- ☐ aver compiuto 18 anni e di essere residente nel Comune di……;
- ☐ di essere cittadino italiano;

- ☐ di essere cittadino del seguente paese appartenente all'Unione Europea _____e di possedere una buona conoscenza della lingua italiana;
- ☐ di essere cittadino straniero extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno e con buona conoscenza della lingua italiana;
- ☐ di non avere carichi penali pendenti;
- ☐ di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni previste dal profilo professionale per il quale si chiede l'iscrizione
- ☐ di essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso al profilo di_____;

Barrare la parte che interessa

- ☐ di essere in possesso di un attestato di partecipazione ad un corso di formazione professionale di durata minima pari a 50 ore (oppure dichiarazione di disponibilità a seguirlo), afferente l'area di assistenza e cura alla persona. Oppure di adeguata capacità professionale acquisita durante il lavoro debitamente comprovata da regolare contratto di lavoro di almeno quattro mesi. (*Solo per il profilo di assistente familiare*);
- ☐ di essere in possesso dell'attestato di conseguimento corso OSS (*solo per la figura di Operatore Socio Sanitario);*
- ☐ di essere in possesso dell'attestato di conseguimento corso OSA (*solo per la figura di Operatore Socio Assistenziale);*
- ☐ di essere in possesso della Laurea in Scienze dell'Educazione (*solo per il profilo di Educatore Professionale);*
- ☐ di essere in possesso dell'attestato di conseguimento della qualifica di Assistente Educativo oppure della Laurea in Scienze dell'Educazione o Servizio Sociale (*solo per il profilo di Assistente Educativo*);
- ☐ essere in possesso della Laurea in Psicologia (*solo per il profilo di Psicologo*);
- ☐ essere in possesso della Laurea in Fisioterapia (*solo per il profilo di fisioterapista*);
- ☐ essere in possesso della Laurea in Logopedia (*solo per il profilo di logopedista*)

Allega alla presente:

- ☐ Curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto.
- ☐ Fotocopia fronte/retro del documento di identità in corso di validità sottoscritta.
- ☐ Altra documentazione_____

Dichiarazione di disponibilità a rispettare il seguente orario di lavoro:

☐ MATTINA	Dalle ore _____	Alle ore _____
☐ POMERIGGIO	Dalle ore _____	Alle ore _____
☐ NOTTE	Dalle ore _____	Alle ore _____

☐ CONVIVENZA (24 0RE)

Dichiarazione di disponibilità a prestare la propria attività lavorativa presso i comuni di:

- ☐ TUTTI I COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE.

- ☐ AFRICO
- ☐ ANTONIMINA
- ☐ ARDORE
- ☐ BENESTARE
- ☐ BIANCO
- ☐ BOVALINO
- ☐ BRABCALEONE
- ☐ BRUZZANO ZEFIRIO
- ☐ CARAFFA DEL BIANCO
- ☐ CARERI
- ☐ CASIGNANA
- ☐ CIMINA'
- ☐ FERRUZANO
- ☐ GERACE
- ☐ LOCRI
- ☐ PALIZZI
- ☐ PLATI'
- ☐ PORTIGLIOLA
- ☐ SAMO
- ☐ SANT'AGATA DEL BIANCO
- ☐ SANT'ILARIO DELLO IONIO
- ☐ SAN LUCA
- ☐ STAITI

_____

Luogo e data

Firma

_____

- INFORMATIVA SULLA PRIVACY Ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e il D.L. n. 196/2003, si informano i partecipanti alla selezione che i dati personali forniti saranno raccolti e trattati, in modalità cartacea ed informatica, dal Comune di Locri – Capofila e dagli altri Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale di Locri, nei modi e limiti necessari per le finalità di gestione del procedimento.

Si Autorizza al trattamento e alla diffusione dei dati in essa contenuti per le finalità di cui al presente avviso **Ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e il D.L. n. 196/2003,**

_____

Luogo e data

Firma

_____