

REGIONE PUGLIA
Sezione Formazione Professionale
Viale Corigliano, 1
Z.I. BARI

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE DEL SERVIZIO DI INDIVIDUAZIONE E VALIDAZIONE DELLE
COMPETENZE (IVC) ("ASSISTENTE FAMILIARE")**

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di Nascita:

Cittadinanza:

C.F.:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

CHIEDE

di accedere alla sperimentazione del Servizio di Individuazione e validazione delle Competenze (IVC), relativamente alla figura di *Operatore/Operatrice per le attività di Assistenza familiare*, codice COD. 428 del Repertorio Regionale delle figure Professionali (Allegato 1 alla "Chiamata"), come approvata con Deliberazione di Giunta regionale n. 632 del 04/04/2019 .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

DICHIARA

- di essere **RESIDENTE** in : (indirizzo completo).....
dal:
- di essere **domiciliato** in (se diverso dalla residenza): dal:
.....;

se cittadino/a non comunitario/a, di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno che consenta attività lavorativa;

- di aver preso visione di quanto riportato nella procedura definita "Chiamata ai destinatari per l'accesso alla sperimentazione del servizio di Individuazione e Validazione delle Competenze ("Assistente familiare");
- di essere attualmente occupato/a, presso la seguente struttura pubblica/privata/di enti ecclesiastici, sanitarie ospedaliere e a carattere sociosanitario e socio assistenziale operante nella Regione Puglia:
 - denominazione
 - sede legale
 - sede operativa
 - CF/PIVA
- di poter vantare, l'esperienza professionale - afferente alla figura di *Operatore/Operatrice per le attività di Assistenza familiare*, codice COD. 428 del Repertorio Regionale delle figure Professionali (Allegato 1 alla "Chiamata") - di almeno 5 anni alla data di presentazione della domanda, come di seguito riportata (indicare periodi lavorativi /datore di lavoro/ mansione e/o attività svolte):

.....
.....
.....
.....

- di poter vantare il possesso dei seguenti titoli pregressi, afferenti alla figura di *Operatore/Operatrice per le attività di Assistenza familiare*, codice COD. 428 del Repertorio Regionale delle figure Professionali (Allegato 1 alla "Chiamata"):

.....
.....

-
.....
- di impegnarsi a portare a termine le diverse fasi previste nel servizio di IVC per il quale chiede l'accesso, in caso di attivazione dello stesso;
 - di essere consapevole che ai sensi D.Lgs. 196/03 e del GDPR 2016/679 i propri dati sopra riportati sono richiesti, ai fini del procedimento di cui trattasi e saranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data .../.../...

Firma autografa del sottoscrittore

N.B.

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia fronte-retro di documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore