**Al Comune di Corleone**

**P.zza Garibaldi n. 1**

**90034 Corleone**

**Oggetto: Domanda di iscrizione al Registro degli EDUCATORI DOMICILIARI.**

Per la realizzazione del progetto Inps/ex Gestione Inpdap "Home Care Premium" nei Distretti Socio – Sanitari D40(Corleone, Bisacquino, Campofiorito, Chiusa Sclafani, Contessa Entellina, Giuliana e Roccamena) e D38 (Lercara Friddi, Alia, Castronovo di Sicilia, Prizzi, Palazzo Adriano, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 che vale come autocertificazione prodotta sotto la mia responsabilità ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste.

**DICHIARA**

* di avere preso visione delle Linee Guida Operative del Registro distrettuale degli

Educatori domiciliari;

* di essere è in possesso dei requisiti per l'iscrizione.

In particolare:

* di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi

penali pendenti per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale;

* di essere di sana e robusta costituzione fisica attestata da un certificato medico;
* esperienza lavorativa come educatore domiciliare, documentabile.
* che ha preferenza per le sede di lavoro nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

con la presente di poter essere iscritta/o nel Registro degli Educatori domiciliari,

fornendo altresì le seguenti indicazioni:

**Preferenza per la sede lavorativa Disponibilità oraria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Propria sede | * Lavoro notturno | * Lavoro diurno |
| * Territorio Distrettuale | * Lavoro full time | * Lavoro part time |

**Disponibilità alla convivenza**

**□ Si □ No Disponibilità alla frequenza di corsi di formazione**

□ Si □ No

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorra sui dati personali ed i requisiti professionali.

**Documenti da allegare:**

* Copia del documento d’identità in corso di validità
* Certificato di sana e robusta costituzione
* Titolo di studio
* Eventuali attestati di partecipazione a corsi di formazione
* Curriculum vitae
* N. 2 foto tessera

Data

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a

* Autorizza il trattamento dei dati personali, secondo il vigente Codice della privacy
* Autorizza, in particolare, il Comune di Corleone (ente capofila dell’aggregazione formata dai Distretti socio-sanitari D40 e D38), ai fini della reperibilità dello/a scrivente da parte di tutti coloro che consulteranno il Registro degli Educatori Domiciliari, a rendere pubblici, anche attraverso il sito il sito web istituzionale tutti i propri dati caratterizzanti l’iscrizione al Registro e specificatamente:
* Cognome e nome
* Numero di telefono
* Indirizzo e- mail

Data

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_