



Allegato C

Ufficio Servizi Sociali

Comune di _____

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____

_____ il _____, residente a _____

_____ via _____ n. _____,

CF _____ telefono _____ email _____

CHIEDE

di iscriversi al corso di qualifica **per OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)** autorizzato dall'Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna che si svolgerà ad Olbia presso la sede dello IAL Sardegna Srl- Impresa sociale .

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000. A Tal fine

Dichiara

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

- di essere in possesso del seguente titolo di studio (licenza media per i cittadini Italiani equipollenza del titolo per i cittadini comunitari ed extracomunitari) _____ conseguito il _____ presso _____
- Certificato di idoneità alla mansione.
- di essere a conoscenza che il corso di qualifica di 1000 ore è stato autorizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna. E' strutturato con 550 ore (di teoria e laboratorio) suddivise in 30 ore di materie che permettono ai partecipanti di acquisire le competenze organizzative,
- socio-relazionali e tecniche; 450 ore di tirocinio, di cui 250 ore nelle strutture ospedaliere e 200 ore nelle strutture sociali (case di riposo, domiciliari, Rsa o Comunità Integrate).
- I partecipanti potranno effettuare il 10% di assenze per modulo, per cui è ammesso un numero di assenze pari al massimo a n. 100 ore per l'intera durata del corso, qualora si sforsasse, l'utente verrà automaticamente dimesso dal corso.
- Il corso consente di conseguire **anche** i seguenti attestati:



- formazione generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro in base all'Accordo Stato-Regioni del 21.12.11;
- addetti al primo soccorso (gruppo a-b-c).

- di essere beneficiario di REI oppure di Reddito di Cittadinanza)
- che nel nucleo familiare NESSUN componente svolge attività lavorativa subordinata dal _____ (indicare la data del periodo di disoccupazione più lungo);
- nucleo in cui almeno uno un componente svolge attività lavorativa subordinata con un impiego settimanale superiore a 20 ore
- Di NON beneficiare o aver beneficiato, nel corso dell'anno 2019 di forme identiche o similari di inclusione (esempio Servizio civico comunale);
- Che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità è di € _____

Nucleo familiare:

- Nucleo Monogenitoriale
- Numero minori presenti nel nucleo familiare _____
- Nessun Minore

Condizioni di disabilità e non autosufficienza

- Che nel nucleo familiare è presente un disabile con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;
- Che nel nucleo familiare sono presenti n. 2 disabile con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;

Condizione abitativa

- Il Nucleo familiare vive in casa di proprietà o comodato d'uso gratuito
- Il Nucleo familiare vive in casa in locazione
- Il Nucleo familiare è soggetto a sfratto esecutivo per morosità incolpevole o a azioni per risoluzione del contratto di mutuo.
- Il nucleo familiare è privo di dimora familiare



dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Allegati:

- Copia di un documento di identità in corso di validità
- Copia del codice fiscale.

N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

_____ li _____

Firma _____



INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li _____

Firma per accettazione
