

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Comune di Formia  
Settore Secondo – Ufficio Integrazione Sociosanitaria –  
Via Vitruvio 190 – 04023 Formia (LT)

Oggetto: Richiesta di partecipazione al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, secondo quanto riportato nella Deliberazione della Regione Lazio n. 609 del 31/07/2007 e nell'allegato 1 del documento stesso.

### RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a ..... Nato/a il ..... a .....

C.F. .... Residente in ..... Prov. ....

Via.....Cap.....Tel.....Cell. ....Fax .....

e- mail ..... Titolo di studio ..... Professione .....

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, nell'ambito delle attività del Programma Integrato Sovra Distrettuale per i malati di Alzheimer, in attuazione della D.G.R. 504/2012.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'  
(ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

- di essere cittadino italiano;
- se straniero, di risiedere regolarmente in Italia;
- di essere in possesso del diploma di licenza media (o titolo equiparato per i cittadini stranieri)
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere consapevole che la presente domanda non comporta l'ammissione certa al percorso formativo;
- di avere diritto alla riserva di posti per essere in servizio presso una famiglia beneficiaria del contributo per l'assistenza domiciliare indiretta nell'ambito del Programma di interventi in favore dei malati di Alzheimer dell'Ambito Territoriale della ASL Latina (allega dichiarazione della famiglia beneficiaria o altro documento attestante l'attività)
- di essere consapevole che dichiarazioni false e mendaci comportano l'esclusione dalla procedura di selezione.

Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità.

Data

Firma