



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Formazione

ALLEGATO 1

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO FORMATIVO SPERIMENTALE DESTINATO A CAREGIVER E ASSISTENTI FAMILIARI NELLE RELAZIONI DI CURA DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIME

Spett.le

Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale -

Direzione generale del Lavoro, Formazione

Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale

Servizio Formazione

Via XXVIII Febbraio, 1

09131 - Cagliari

1) Dati del Caregiver

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il...../...../..... documento d'identità n.....

rilasciato da Codice fiscale.....

residente a in Via n.....

Cellulare..... Telefono.....

email

2) Dati dell'assistente familiare 1

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il...../...../..... documento d'identità n.....

rilasciato da Codice fiscale.....

residente a in Via n.....

Cellulare..... Telefono.....

email



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Formazione

3) Dati dell'assistente familiare 2

Il/La sottoscritto/anato/a a

il...../...../..... documento d'identità n.....

rilasciato daCodice fiscale.....

residente ain Via n.....

Cellulare.....Telefono.....

email

quali soggetti coinvolti nel progetto assistenziale rivolto alla summenzionata persona con disabilità gravissime, approvato dalla Commissione istituita dalla Direzione Generale delle Politiche sociali e ammesso a finanziamento a valere sul Fondo nazionale non autosufficienza 2014 di cui al Decreto interministeriale del 7 maggio 2014, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 13/7 del 31.03.2015,

MANIFESTANO CONGIUNTAMENTE

L'interesse alla frequenza del percorso formativo sperimentale destinato a caregiver e assistenti familiari nelle relazioni di cura di persone in condizioni di disabilità gravissime. Sono a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità dell'Avviso.

Data e luogo ____/____/_____

Firma del Caregiver	Firma dell'assistente familiare 1	Firma dell'Assistente familiare 2



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Formazione

Dati della Persona in condizioni di disabilità gravissime (da compilare in ogni caso)

Il/La sottoscritto/anato/a a
il...../...../..... documento d'identità n.....
rilasciato daCodice fiscale.....
residente ain Vian.....
Cellulare.....Telefono.....
email

Dati dell'eventuale Rappresentante Legale che appone la sottoscrizione in sostituzione del diretto interessato

Il/La sottoscritto/anato/a a
il...../...../..... documento d'identità n.....
rilasciato daCodice fiscale.....
residente ain Vian.....
Cellulare.....Telefono.....
email

quale persona in condizioni di disabilità gravissime

DICHIARA

che i soggetti di cui ai punti 1, 2, 3, svolgono attività di cura per la mia persona, pertanto nulla osta alla partecipazione al percorso formativo sperimentale. E' a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità dell'Avviso.

Data e luogo ____ / ____ / ____

Firma della persona con disabilità gravissime

o, in alternativa

Firma dell'eventuale Legale Rappresentante

Allegati:

- Fotocopia documento identità in corso di validità di tutti i sottoscrittori della manifestazione;
- In presenza di sottoscrizione da parte di rappresentante legale in sostituzione del diretto interessato: fotocopia del documento, che ne espliciti i poteri di firma;
- Curriculum vitae in formato europeo sottoscritto, per il caregiver e ciascuno degli assistenti familiari.