



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/anato/a a
il...../...../.....documento d'identità n.....
rilasciato daCodice fiscale.....
residente a in Via n.....
Cellulare.....Telefono.....
email

2) Dati dell'assistente familiare 1

Il/La sottoscritto/anato/a a
il...../...../.....documento d'identità n.....
rilasciato daCodice 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/a nato/a a
 il...../...../..... documento d'identità n.....
 rilasciato da Codice fiscale.....
 residente a in 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/a nato/a a
 il...../...../..... documento d'identità n.....
 rilasciato da Codice fiscale.....
 residente a in Via n.....
 Cellulare..... Telefono.....
 email

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

Il/La sottoscritto/a nato/a a
 il...../...../..... documento d'identità n.....
 rilasciato da Codice fiscale.....
 residente a in Via n.....
 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.