



- scheda personale secondo l'Allegato "A" e allegato "B" debitamente datata e firmata;
- certificato di idoneità fisica all'impiego attestato da un medico competente;
- per i cittadini stranieri copia di un titolo estero equipollente secondo la normativa vigente e tradotto e legalizzato;
- autocertificazione dei titoli posseduti datata e firmata;
- curriculum vitae datato e firmato;
- copia documento di identità.

Qualora la documentazione risultasse incompleta (es. caselle non barrate; assenza di firma dalla documentazione, ecc.) la richiesta non verrà presa in considerazione .

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**SCHEDA PERSONALE**  
**disponibilità di servizio**

Dati anagrafici			
Nome		Cognome	
Data di Nascita		Luogo di Nascita (stato)	Pr.(....)
Residenza	Comune		Cap..... Pr (....)
	Via/Piazza		
Recapiti telefonici ai quali si desidera ricevere informazioni		Tel. Fisso	
		Mobile	
		e-mail	
Sesso	<input type="checkbox"/> M  <input type="checkbox"/> F	Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile  <input type="checkbox"/> Coniugato/a  <input type="checkbox"/> Separato/a  <input type="checkbox"/> Vedovo/a  <input type="checkbox"/> Divorziato/a
Disponibilità oraria del servizio di assistenza fornito			
<input type="checkbox"/> Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno <input type="checkbox"/> mattina - <input type="checkbox"/> pomeriggio - <input type="checkbox"/> sera - <input type="checkbox"/> notte <input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno) <input type="checkbox"/> mattina - <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> sera - <input type="checkbox"/> notte <input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernottato ) <input type="checkbox"/> Tutti i giorni con presenza solamente notturna <input type="checkbox"/> Tutti i giorni con soggiorno presso casa dell'assistito e presenza a tempo pieno e pernottamento <input type="checkbox"/> Altra tipologia di servizio (specificare)_____			
_____			
_____			
_____			

**ALLEGATO A**  
**Tipologia e caratteristiche del servizio di assistenza offerto (BARRARE IL SERVIZIO OFFERTO)**

**Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente**

Il soggetto esce da solo ma necessita di assistenza per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana (ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi socio-sanitari etc.) nonché di sostegno alle attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.

**Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente**

Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana ( ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi socio-sanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.

**Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente**

Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana ( ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi socio-sanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.

**Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella)**

Il soggetto necessita di una presenza costante sia per lo svolgimento di commissioni fuori casa e riferite a servizi generici di vita quotidiana ( ad esempio servizi postali, accompagnamento a servizi socio-sanitari etc.) nonché di attività connesse alla cura e igiene personale a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.

**Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato**

Il soggetto non ha possibilità e capacità di comunicazione attiva, non è autosufficiente ed ha necessità di assistenza di cura ininterrottamente.

**Altre caratteristiche del servizio di assistenza offerto**

**Preparazione pasti per l'assistito**

**Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale** dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa.

**Possesso della patente di guida tipo B**

**Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari**

**Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari** ( Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc. )

**Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale**

## **Disponibilità logistica e territoriale del servizio di assistenza fornito**

**Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare/domiciliare presso**

**sedi site nei seguenti Comuni :**

- Rieti    Ascrea    Belmonte    Cantalice    Castel di Tora    Cittaducale    Collalto Sabino
- Colle Di Tora    Collegiove    Colli Sul Velino    Contigliano    Greccio    Labro    Leonessa
- Longone Sabino    Monte San Giovanni in Sabina    Montenero Sabino    Morro    Nespolo
- Paganico    Poggio Bustone    Rivodutri    Rocca Sinibalda    Torricella in Sabina    Turania
- Intero territorio del Distretto Ri/1

**Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare :**

- Presso casa dell'assistito ( senza alcuna altra presenza)
- Presso casa dell'assistito ( in presenza del coniuge )
- Presso casa dell'assistito ( in presenza di Figlio/i e/o altri parenti )
- Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi)
- Presso casa di cura / servizi ospedalieri / Istituti etc.

**Il/la richiedente si dichiara disponibile a prestare il servizio di assistenza familiare sede presso l'abitazione o sede dell'assistito purché la stessa sia:**

- ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap
- dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici
- dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare ( in caso di pernottamento)
- dotata di posto letto in stanza da condividere ( in caso di pernottamento)
- dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare
- ubicata al centro o zone limitrofe/ periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici
- ubicata in periferia scarsamente servita da mezzi pubblici
- ubicata in periferia/campagna raggiungibile solo con mezzo privato

**Informazioni aggiuntive esplicitate dal richiedente e non rilevata dalla scheda**

---

---

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_  
*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

## Competenze e Titoli

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....Stato.....

Residente a.....Prov.....

Via.....cap.....N.....

*Sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle disposizioni del codice penale e delle Leggi speciali in materia*

### Dichiara di essere in possesso delle competenze e dei titoli di seguito elencati

#### Competenze nella comunicazione in lingua italiana

- Essere madrelingua Italiana
- Avere conoscenza della lingua italiana (specificare il livello):

	ottima	buona	sufficiente	scarsa
Comunicazione orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di lettura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenze di scrittura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma \_\_\_\_\_

*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Titoli di studio / Corsi nel settore dell'assistenza**  
*(Elencare solo corsi e attestati correlati al ruolo professionale)*







<p><b>Titolo Corso</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>Durata corso:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Più di 100 ore e meno di 200</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Più di 200 ore e meno di 300</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Più di 300 ore e meno di 400</td> <td><input type="checkbox"/> Più di 400 ore</td> </tr> </table> <p><b>Periodo di svolgimento:</b> dal _____ al _____  <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Mese e anno</span> <span>Mese e anno</span> </div></p> <p><b>Istituto e/o Ente che ha organizzato il corso e/o rilasciato il Titolo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ente /Istituto con sede in Italia</p> <hr/> <p><i>Specificare ragione sociale e sede</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ente /Istituto con sede in Stato Estero</p> <hr/> <p><i>Specificare ragione sociale Stato e sede</i></p> <p><b>Tipologia attestato rilasciato</b></p> <p><i>Nella sezione vanno inseriti esclusivamente Titoli e certificati rilasciati da strutture ed enti Italiani e titoli acquisiti in altri Stati purché tradotti e riconosciuti dalla Stato italiano</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nessun attestato</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Attestato di frequenza</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Attestato di qualifica professionale</td> <td><input type="checkbox"/> Attestato di specializzazione</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Più di 100 ore e meno di 200	<input type="checkbox"/> Più di 200 ore e meno di 300	<input type="checkbox"/> Più di 300 ore e meno di 400	<input type="checkbox"/> Più di 400 ore	<input type="checkbox"/> Nessun attestato	<input type="checkbox"/> Attestato di frequenza	<input type="checkbox"/> Attestato di qualifica professionale	<input type="checkbox"/> Attestato di specializzazione	
<input type="checkbox"/> Più di 100 ore e meno di 200	<input type="checkbox"/> Più di 200 ore e meno di 300								
<input type="checkbox"/> Più di 300 ore e meno di 400	<input type="checkbox"/> Più di 400 ore								
<input type="checkbox"/> Nessun attestato	<input type="checkbox"/> Attestato di frequenza								
<input type="checkbox"/> Attestato di qualifica professionale	<input type="checkbox"/> Attestato di specializzazione								

Firma \_\_\_\_\_  
*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

<b>Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare *</b>
---

*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_

*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare \***  
*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologie^ demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_  
*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare \***  
*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_  
*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare \***

*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_

*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare \***

*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_  
*Firma per esteso e leggibile del richiedente*

**Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare \***

*(Elencare solo esperienze certificabili)*

**Periodo di svolgimento:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Mese e anno Mese e anno

**Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane -Attività assistenziale svolta presso:**

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**  
Entrambe

**Tipologia assistenza :**

- A Persona/e allettata/non deambulante e con problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. )
- A Persona/e con seri handicap/limiti fisici (allettata /non deambulante / non vedente etc.) ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con seri problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici e neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuro-psicologici
- A Persona/e con lievi problemi neuro psicologici ( demenza /Alzheimer/ Parkinson etc. ) ma senza problemi e limiti fisici

**Firma** \_\_\_\_\_

*Firma per esteso e leggibile del richiedente*



I dati acquisiti saranno trattati e conservati dal personale dall'Amministrazione Comunale di Rieti nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per il periodo necessario allo svolgimento dell'intervento.

Il titolare dei dati è il Sindaco del comune di Rieti. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore II .

La raccolta dei dati è obbligatoria per le procedure di gestione del registro degli assistenti familiari; in assenza di essa non si potrà procedere all'iscrizione del richiedente.

I dati raccolti dovranno essere utilizzati per la redazione e la pubblicizzazione del registro.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al Servizio Sociale.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/2003 di cui si allega il testo.

**Art 7.** Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art.13 del D. Lgs. 196/2003.

**L'interessato del trattamento**

---

**Allegato C**

