



PLUS DISTRETTO DI GHILARZA E BOSA

ALLEGATO A

### MODULO PER LA RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO

(da consegnare, a pena di esclusione, a mano o tramite raccomandata A/R all'Agenzia Evolvere)  
(valido anche come dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome*

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
*Via* *n°.* *Comune* *prov.*

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del medesimo D.P.R., dichiara sotto la propria responsabilità di possedere i seguenti requisiti:

- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- Di essere inoccupato
- Di essere disoccupato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (inserire data – giorno/mese/anno)
- Di essere attualmente occupato ( tempo indeterminato  tempo determinato  contratto a progetto)  
*Barrare la tipologia di contratto*
- Di aver maturato un'esperienza lavorativa, documentata da regolare contratto di lavoro, di \_\_\_\_\_ mesi nel campo della cura di persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. La predetta esperienza lavorativa dovrà essere regolarmente documentata attraverso una certificazione del/dei datore/i di lavoro.
- Di aver assolto l'obbligo scolastico (licenza media inferiore)
- Di non essere in possesso dei requisiti necessari per l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari del Distretto Ghilarza-Bosa
- Di non avere condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti
- Di essere, in possesso di regolare permesso di soggiorno e conoscenza della lingua italiana sufficiente per una proficua frequenza del corso *(Solo per i cittadini stranieri).*

La/il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali esclusivamente per l'espletamento del procedimento relativo alla selezione e in conformità al D. Lgs 196/2003. La Società Evolvere potrà successivamente richiedere la documentazione attestante i requisiti posseduti e facenti parte della presente dichiarazione.

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

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

Sede Agenzia Formativa: Via G. Cavallino 27 - 09131 CAGLIARI Partita I.V.A 02536790922

Tel 070 553185 - Fax 070 522848

[www.evolvereformazione.it](http://www.evolvereformazione.it) mail [segreteria@evolvereformazione.it](mailto:segreteria@evolvereformazione.it)