****

**FONDAZIONE DIAKONIA DELL’ISOLA GIOVANNI XXIII ONLUS**

**DISPONIBILITA’ ED ESPERIENZA ASSISTENTI FAMILIARI**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indica le seguenti disponibilità al lavoro:

* **ATTUALE POSIZIONE LAVORATIVA:**

🞏 occupato 🞏 disoccupato

* **DISPONIBILITÀ LAVORATIVA**

🞏 Immediata

🞏 a partire dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEI SEGUENTI GIORNI:**

🞏 Lunedì 🞏 Martedì 🞏 Mercoledì 🞏 Giovedì 🞏 Venerdì 🞏 Sabato 🞏 Domenica

* **DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEI SEGUENTI ORARI:**

🞏 solo di mattina 🞏 solo di pomeriggio

🞏 da mattina a sera (senza orario notturno)

🞏 24 ore su 24 (vivendo nell’alloggio della persona assistita)

🞏 solo orario notturno

* **DISPONIBILITÀ A VIVERE A CASA DELLA FAMIGLIA INTERESSATA (CONVIVENZA)**

🞏 SI 🞏 NO

* **NECESSITÀ, IN CASO DI CONVIVENZA, DI DISPORRE DI UNA STANZA PROPRIA**

🞏 SI 🞏 NO

* **DISPONIBILITÀ A LAVORARE NEI SEGUENTI COMUNI:**

🞏 in tutti i Comuni dell’Ambito territoriale

🞏 solo nei seguenti Comuni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **ISCRIZIONE A REGISTRO DI ALTRO AMBITO**

🞏 SI 🞏 NO

* **DISPONIBILITÀ AD OCCUPARSI DELL’ASSISTENZA DI:**

🞏 uomini 🞏 donne

🞏 persone anziane autosufficienti

🞏 persone anziane parzialmente non autosufficienti

🞏 persone anziane totalmente non autosufficienti

🞏 fisico 🞏 psichico

🞏 persone con disabilità in età adulta

* **ESPERIENZA LAVORATIVA MATURATA COME ASSISTENTE FAMILIARE CON PERSONE CHE PRESENTAVANO LE SEGUENTI** **PROBLEMATICHE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **POSSESSO PATENTE DI GUIDA**

🞏 SI 🞏 NO

**AUTOMUNITO/A**

🞏 SI 🞏 NO

L’assistente familiare iscritto al Registro deve tempestivamente comunicare all’ Ambito qualunque variazione sui dati personali o sulla sussistenza dei requisiti per lo svolgimento dell’attività di assistente familiare o rispetto allo stato di disponibilità /non disponibilità lavorativa.

Qualunque variazione sui dati personali o sui requisiti professionali deve essere tempestivamente comunicata da parte della lavoratrice/del lavoratore all’ Ambito per il necessario aggiornamento del Registro.

L’iscrizione al Registro ha validità annuale, salvo rinnovo.

L’ Ambito effettua controlli a campione al fine di verificare la sussistenza dei requisiti.

Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, N. 196 si autorizza il Comune/Ambito al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, anche mediante l’utilizzo di procedure informatiche, nonché la comunicazione a terzi esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_