Allegato 1)

All’Azienda speciale consortile per la gestione

delle politiche sociale dell’**Ambito Territoriale A1**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_,

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di iscriversi al corso di qualifica **per OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS**)

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000. A Tal fine

**Dichiara**

**(*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)***

* di essere in possesso del seguente titolo di studio (licenza media per i cittadini Italiani equipollenza del titolo per i cittadini comunitari ed extracomunitari) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere a conoscenza che il corso di qualifica di 1000 ore è stato autorizzato dalla Regione Campania. E' strutturato con 550 ore (di teoria e laboratorio) e 450 ore di tirocinio (presso case di riposo, domiciliari, Rsa o Comunità Integrate).
* Di essere a conoscenza che si potranno effettuare il 10% di assenze per modulo, per cui è ammesso un numero di assenze pari al massimo a n. 100 ore per l'intera durata del corso, qualora si sforasse, l’utente verrà automaticamente dimesso dal corso.

di essere beneficiario di SIA/REI oppure di Reddito di Cittadinanza

* che il nucleo familiare è composto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_persone
* Di NON beneficiare o aver beneficiato, nel corso dell’anno 2019 di forme identiche o similari di inclusione (esempio Servizio civile);
* Che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità è di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nucleo familiare:**

* Nucleo Monogenitoriale
* Numero minori presenti nel nucleo familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nessun Minore

**Condizioni di disabilità e non autosufficienza**

* Che nel nucleo familiare è presente un disabile con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;
* Che nel nucleo familiare sono presenti n.\_\_\_\_ disabili con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;

**Condizione lavorativa**

* Che nel nucleo familiare è/sono presente/i \_\_\_\_ componente/i del numero disoccupato/i da sei mesi;
* Che nel nucleo familiare è/sono presente/i \_\_\_\_ componente/i del numero disoccupato/i da oltre sei mesi e fino ad un anno
* Che nel nucleo familiare è/sono presente/i \_\_\_\_ componente/i del numero disoccupato/i da oltre un anno;

dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che l’Azienda Speciale Consortile per la gestione delle politiche sociali dell’Ambito Territoriale A1, potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all’art. 71 del DPR 445/2000.

**Allegati:**

* **Copia di un documento di identità in corso di validità**
* **Copia del codice fiscale.**
* **Informativa per il trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto**

**N. B. Leggere e sottoscrive l’informativa sul trattamento dei dati**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_