

**QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
OPERATRICE/OPERATORE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO
SCHEMA DI RICHIESTA DI ADESIONE AL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE**

La sottoscritta/il sottoscritto

Cognome Nome

.....

Luogo di nascita: Città Prov. Stato

.....

Data di nascita

Residente nel Comune di C.a.p.

..... Provincia

Via

..... Nr. Civico

Tel. Cell.

.....

E-mail

.....

.....

Codice

fiscale.....

.....

Titolo di Studio

.....

.....

in possesso dei seguenti requisiti obbligatori per accedere alla certificazione (barrare il requisito posseduto):

- esperienza di lavoro di 24 mesi** come dipendente di assistenza domiciliare anche non continuativa **negli ultimi 5 anni**
- esperienza di lavoro di 18 mesi** come dipendente di assistenza domiciliare anche non continuativa **negli ultimi 5 anni e 6 mesi di formazione** (equivalenti ad almeno 150 ore)
- esperienza di lavoro di 12 mesi** come dipendente di assistenza domiciliare anche non continuativa **negli ultimi 5 anni e 12 mesi di formazione** (equivalenti ad almeno 300 ore di formazione)

e in possesso dei seguenti requisiti per essere beneficiario della certificazione con spesa a carico della Provincia Autonoma di Trento (barrare i requisiti posseduti):

Requisito obbligatorio per accedere

- contratto di lavoro attivo con ente accreditato** in ambito socio sanitario o socio assistenziale dalla PAT

Requisiti di priorità

- residenza nella provincia di Trento**
- mesi di esperienza superiori ai 24 mesi**
(0,50 punti per ogni mese lavorato), con priorità alla maggior esperienza

Numero mesi	_____
-------------	-------

- valore ICEF da 0 a 1**
con priorità alla condizione economica più bassa

Valore ICEF	_____
-------------	-------

CHIEDE

di poter aderire al percorso di certificazione per il conseguimento della qualificazione professionale di “Operatrice/Operatore per l’assistenza a domicilio”

Data:

Firma

.....

La Fondazione Franco Demarchi ha la possibilità di effettuare controlli e verifiche e, in caso di dichiarazioni false, il dichiarante rischia sanzioni penali, oltre che di decadere dai benefici ottenuti con l'autocertificazione in cui sono contenute le dichiarazioni non veritiere.

Si allegano:

- Scheda di codifica delle principali esperienze pertinenti
- Consenso Privacy

SCHEDA DI CODIFICA DELLE PRINCIPALI ESPERIENZE PERTINENTI

Cognome Nome
.....

SETTORE ECONOMICO-PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO

Servizi socio-sanitari

PROCESSO

Erogazione di servizi assistenziali domiciliari

QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO

Codice id 21.QP.1 - Operatrice/operatore per l'assistenza a domicilio

ESPERIENZA DI LAVORO

	A m b i t o esperienza lavoro	Periodo (dal/al), mese/anno	Contesto (riferimenti datore di lavoro	Ruolo
Esperienza	<i>Esempio: Assistenza a domicilio</i>	<i>Esempio: Dal 02/2016 al 03/2019</i>	<i>Esempio: Cooperativa ...</i>	<i>Esempio: Assistente domiciliare</i>
Esperienza 1				
Esperienza 2				
Esperienza 3				

ESPERIENZA DI FORMAZIONE

	Ambito di esperienza istruzione/ formazione/altro (specificare)	Periodo (dal/al), mese/anno	Contesto (istituzione scolastica o formativa/altro)
Esperienza 1			
Esperienza 2			
Esperienza 3			

La Fondazione Franco Demarchi ha la possibilità di effettuare controlli e verifiche e, in caso di dichiarazioni false, il dichiarante rischia sanzioni penali, oltre che di decadere dai benefici ottenuti con l'autocertificazione in cui sono contenute le dichiarazioni non veritiere.

Data:

Firma

.....