



Comune Capofila BONORVA (SS)
Piazza Santa Maria , 27
Tel. 079/867894 - Fax 079/866630
udp.plusalghero@gmail.com
www.plusalghero.it

Prot. N.

Al Comune di _____

Iscrizione nel Registro Pubblico delle Assistenti Familiari del Distretto Sanitario di Alghero.

Il/la sottoscritt _____, nat_ a _____ il _____ residente
a _____ prov. _____ cap _____ in Via _____ Codice
fiscale _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

di poter essere iscritto nel registro pubblico degli Assistenti Familiari del Plus di Alghero – Comune capofila Bonorva

A tal fine fornisce le seguenti indicazioni:

Preferenza per la sede lavorativa

- Propria sede
 Territorio Provinciale
 Comuni del distretto _____

Disponibilità oraria

- Lavoro notturno Lavoro diurno
 Lavoro full time Lavoro part time

Disponibilità alla convivenza

- Si No

Disponibilità alla frequenza di corsi di formazione

- Si No

AUTORIZZA

Il Comune di _____ al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. 196/03.

Allega:

- Allegato A dichiarazione sostitutiva di sussistenza dei Requisiti per l'iscrizione al Registro assistenti familiari
- Allegato B dichiarazione sostitutiva di certificazione esperienze lavorative documentate e di corsi frequentati;
- due foto formato tessera;
- certificato medico attestante la sana e robusta costituzione rilasciato dalla ASL;
- curriculum vitae.

Data _____

Firma _____