



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale delle Politiche Sociali
Servizio interventi integrati alla persona

Prot. n.

Cagliari,

Ai Sindaci
dei Comuni della Sardegna
LORO SEDI

Ai Direttori Generali
delle ASL della Sardegna
LORO SEDI

Oggetto: Avviso per la presentazione di manifestazione di interesse per la partecipazione al percorso formativo sperimentale destinato a caregiver e assistenti familiari che svolgono attività di cura a favore di persone in condizioni di disabilità di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n.3/10 del 20/01/2015.

Assessorato del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale ha pubblicato sul sito istituzionale della Regione Sardegna l'Avviso per la presentazione di manifestazione di interesse per la partecipazione al percorso formativo sperimentale destinato a caregiver e assistenti familiari che svolgono attività di cura a favore di persone in condizioni di disabilità di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n.3/10 del 20/01/2015" al seguente indirizzo URL:

<http://www.regione.sardegna.it/j/v/1725?s=1&v=9&c=389&c1=1385&id=49713>

Si invitano i Comuni e le ASL in indirizzo a dare la massima diffusione dell'avenuta pubblicazione dell'Avviso stesso.

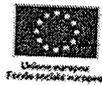
Ad ogni buon fine si inviano in allegato i file relativi all'Avviso per la presentazione della manifestazione di interesse e il relativo allegato.

!Carta Resp. Settore !!

Il Direttore del Servizio
Marika Batzella

Firmato digitalmente da

**MARIKA
BATZELLA**



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
 ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
 Servizio Formazione

ALLEGATO 1

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO
 FORMATIVO SPERIMENTALE DESTINATO A CAREGIVER E ASSISTENTI FAMILIARI NELLE
 RELAZIONI DI CURA DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIME**

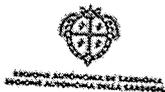
Spett.le
Regione Autonoma della Sardegna
 Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
 Cooperazione e Sicurezza Sociale -
 Direzione generale del Lavoro, Formazione
 Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale
 Servizio Formazione
 Via XXVIII Febbraio, 1
09131 - Cagliari

1) Dati del Caregiver

Il/La sottoscritto/anato/a a
 il...../...../.....documento d'identità n.....
 rilasciato daCodice fiscale.....
 residente a in Via n.....
 Cellulare.....Telefono.....
 email

2) Dati dell'assistente familiare 1

Il/La sottoscritto/anato/a a
 il...../...../.....documento d'identità n.....
 rilasciato daCodice fiscale.....
 residente a in Via n.....
 Cellulare.....Telefono.....
 email



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
 ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
 Servizio Formazione

3) Dati dell'assistente familiare 2

Il/La sottoscritto/a nato/a a
 il...../...../..... documento d'identità n.....
 rilasciato da Codice fiscale.....
 residente a in Via n.....
 Cellulare..... Telefono.....
 email

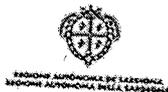
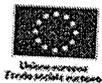
quali soggetti coinvolti nel progetto assistenziale rivolto alla summenzionata persona con disabilità gravissime, approvato dalla Commissione istituita dalla Direzione Generale delle Politiche sociali e ammesso a finanziamento a valere sul Fondo nazionale non autosufficienza 2014 di cui al Decreto interministeriale del 7 maggio 2014, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 13/7 del 31.03.2015,

MANIFESTANO CONGIUNTAMENTE

L'interesse alla frequenza del percorso formativo sperimentale destinato a caregiver e assistenti familiari nelle relazioni di cura di persone in condizioni di disabilità gravissime. Sono a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità dell'Avviso.

Data e luogo ____/____/____

Firma del Caregiver	Firma dell'assistente familiare 1	Firma dell'Assistente familiare 2



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Formazione

Dati della Persona in condizioni di disabilità gravissime (da compilare in ogni caso)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il...../...../..... documento d'identità n.....
rilasciato da Codice fiscale.....
residente a in Via n.....
Cellulare..... Telefono.....
email

Dati dell'eventuale Rappresentante Legale che appone la sottoscrizione in sostituzione del diretto interessato

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il...../...../..... documento d'identità n.....
rilasciato da Codice fiscale.....
residente a in Via n.....
Cellulare..... Telefono.....
email

quale persona in condizioni di disabilità gravissime

DICHIARA

che i soggetti di cui ai punti 1, 2, 3, svolgono attività di cura per la mia persona, pertanto nulla osta alla partecipazione al percorso formativo sperimentale. E' a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità dell'Avviso.

Data e luogo ____/____/____

Firma della persona con disabilità gravissime

o, in alternativa

Firma dell'eventuale Rappresentante	Legale

Allegati:

- Fotocopia documento identità in corso di validità di tutti i sottoscrittori della manifestazione;
- In presenza di sottoscrizione da parte di rappresentante legale in sostituzione del diretto interessato: fotocopia del documento, che ne espliciti i poteri di firma;
- Curriculum vitae in formato europeo sottoscritto, per il caregiver e ciascuno degli assistenti familiari.