



**CITTÀ DI MONTICHIARI**  
Provincia di Brescia

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI**

Ambito Bassa Bresciana Orientale  
Comune di Montichiari, comune capofila

Il/La sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Sesso M F nato/a a \_\_\_\_\_ (provincia o stato estero)

il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

carta identità/patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

domiciliato (compilare solo in caso di domicilio diverso dalla residenza)

nel comune di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Solo per i cittadini stranieri**

carta / permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_



**CITTÀ DI MONTICHIARI**  
**Provincia di Brescia**

**CHIEDE**

l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari dell'Ambito Bassa Bresciana Orientale

**A TAL FINE ALLEGA**

1. fotocopia di documento di identità in corso di validità
2. fotocopia di certificato di residenza anagrafica
3. fotocopia di uno dei seguenti titoli:
  - a. titolo di studio o di formazione in campo assistenziale o sociosanitario conseguito in Stato membro dell'Unione europea (se in lingua straniera, allegare anche fotocopia della traduzione asseverata da un'autorità italiana) *N.B. Sono equiparati i titoli degli Stati dello spazio economico europeo e della Confederazione svizzera*
  - b. attestato di competenza con valenza di qualifica Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) rilasciato a seguito di corso riconosciuto da Regione Lombardia o titoli equipollenti rilasciati da altre Regioni/Province autonome;
  - c. attestato di competenza con valenza di qualifica Operatore Socio Sanitario (OSS) rilasciato a seguito di corso riconosciuto da Regione Lombardia o da altre Regioni/Province autonome;
  - d. attestato di competenza di Assistente familiare rilasciato a seguito del percorso formativo, nell'ambito del sistema di formazione professionale regionale lombardo, ai sensi della l.r. 6 agosto 2007, n. 19 (specificare se si tratta di Corso Base o di Corso di secondo livello):
    - Corso Base
    - Corso 2° livello/persone affette da Alzheimer
    - Corso 2° livello/persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica



**CITTÀ DI MONTICHIARI**  
**Provincia di Brescia**

- e. attestato di frequenza di percorso formativo in ambito assistenziale o sociosanitario riconosciuto, realizzato da Enti accreditati in altre Regioni o Province autonome, con un monte ore minimo pari a n. 160 ore
- f. documentazione attestante l'esperienza lavorativa, e più precisamente
- fotocopia del contratto di lavoro
  - fotocopia dei versamenti dei contributi di legge
  - lettera del datore (o dei datori) di lavoro sulle mansioni svolte, che descriva le conoscenze di economia domestica;

4. **per i cittadini stranieri:** dichiarazione sostitutiva di certificazione di conoscenza della lingua italiana (v. allegato **Modello Autocertificazione 1**);

5. autocertificazione di assenza di condanne o procedimenti penali in corso (v. allegato **Modello Autocertificazione 2**)

luogo e data

firma

---

---

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L'informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune [www.comune.montichiari.bs.it](http://www.comune.montichiari.bs.it)

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'iscrizione al Registro; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

luogo e data

firma

---

---