

Domanda di Iscrizione

Il/La sottoscritto/a

Nome (in stampatello)

Cognome (in stampatello)

Nato/a a Prov. il Nazione

Residente a Prov. CAP

Via/Piazza n.

Codice fiscale Telefono

E-mail (in stampatello leggibile)

SI CANDIDA

per partecipare al Corso per Assistenti Familiari di persone con SLA. A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere un'età compresa tra 18 e 55 anni
- di essere residente nel Comune di (Provincia:)
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o in attesa di rinnovo (se straniero)

Il giorno del test di ammissione consegnerà:

- N.2 copie carta d'identità
- N.2 copie del codice fiscale
- copia della documentazione clinica che attesta l'idoneità sanitaria (solo per coloro che hanno svolto o stanno svolgendo attività lavorativa in struttura possono fare richiesta alla Direzione sanitaria della struttura)
- C.V. (semplice descrizione sintetica delle proprie precedenti esperienze)

IN FEDE

Firma del richiedente

Data

.....

.....



Per informazioni
0965.53922 - lun/ven ore 8:30/12:30
familiarmenteaisla@cisme.it



Regione Calabria



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

D.D.G. N.20217 del 27/12/2023