



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGUR?NTZIA SOTZIALEASSESSORATO 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/a .....nato/a a .....

il...../...../.....documento d'identità n.....

rilasciato da .....Codice fiscale.....

residente a ..... in Via ..... n.....

Cellulare.....Telefono.....

email .....

#### 2) *Dati dell'assistente familiare 1*

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a .....

il...../...../.....documento d'identità n.....

rilasciato da .....Codice fiscale.....



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGUR?NTZIA SOTZIALEASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE Direzione Generale Servizio Formazione

residente a ..... in Via ..... n.....  
 Cellulare..... Telefono.....  
 email .....

**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 SEGUR?NTZIA SOTZIALEASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE Direzione Generale Servizio Formazione

--	--	--



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGUR?NTZIA SOTZIALEASSESSORATO 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

Firma dell'eventuale Legale Rappresentante



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGUR?NTZIA SOTZIALEASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE Direzione Generale Servizio Formazione

o, in alternativa

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.