



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



Gestione ex Inpdap

**MODELLO PER ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI PRESTAZIONI
INTEGRATIVE HCP 2017 – ASSISTENTE FAMILIARE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 E 48 DEL
DPR 445/2000**

(da rendere, sottoscritta dal richiedente, in carta semplice con allegata la fotocopia di un documento di identità personale valido, ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa)

Il/La sottoscritt _____
 nat_ a _____ (Prov. _____) il _____
 residente in _____ (Prov. _____)
 Via _____ n. _____
 C.F. n°. _____ C.A.P. _____
 Tel. n°. _____ / _____ E-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI HCP 2017

come Assistente familiare / badante

per la fornitura delle seguenti prestazioni di cui all'art. 10 dell'Accordo INPS/Comune di Frosinone per HCP 2017:

| Prestazione integrativa | Costo riconosciuto | Importo unitario | Note |
|-------------------------|--|------------------|------|
| Sollievo | Costo orario assistente familiare (sollievo domiciliare, diurno extra domiciliare, residenziale) | € 20,00 max | |

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione mendace è punita ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- a- di essere :
 cittadino italiano;



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



- di essere cittadino di altro Stato dell'Unione Europea;
- di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro;

- b- di non aver riportato condanne con sentenza passata in giudicato, ovvero di non avere procedimenti penali in corso per i reati di cui al Titolo IX (delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume) al Capo IV del Titolo XI (delitti contro la famiglia) e al Capo I e alle Sezioni I II e III del Capo III del Titolo XII (delitti contro la persona) del Libro II del Codice Penale;

- c- di essere in possesso di idoneità psicofisica per le mansioni da svolgere attestata da idonea certificazione sanitaria;

- d- di avere il seguente titolo professionale _____

- e- di aver maturato un'esperienza almeno biennale nel campo dei servizi per i quali si richiede l'iscrizione;

- f- di aver superato il test di lingua italiana di livello A2 di cui alla normativa vigente (solo per i cittadini stranieri);

- g- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettare tutte le condizioni in esso previste;

- h- di impegnarsi ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività/servizi per le quali si è resa disponibile per tutta la durata del Progetto e per ciascun Piano di intervento sottoscritto con l'utenza;

- i- di essere a conoscenza e accettare, in particolare, che a seguito dell'iscrizione nel Registro dei fornitori tutti i rapporti giuridici ed economici faranno capo ai soggetti iscritti e che nessun rapporto a qualunque titolo si instaurerà tra il fornitore della prestazione ed il Comune di Frosinone, che non assume alcun obbligo né responsabilità in ordine all'affidamento delle prestazioni che rimane libera scelta del beneficiario.

. LUOGO E DATA _____

IL DICHIARANTE



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso per l'iscrizione al registro dei fornitori HCP 2017 – Assistente familiare.

Luogo e data

Firma

Allega :

1. Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;
2. Curriculum dell'Assistente familiare;