

**AMBITO TERRITORIALE
DISTRETTI SOCIOSANITARI ASL LATINA**

AVVISO PUBBLICO

PER LA RACCOLTA DI ISTANZE DI PARTECIPAZIONE AD UN CORSO DI

FORMAZIONE PER ASSISTENTE FAMILIARE

RIAPERTURA TERMINI

Nell'ambito delle attività del Programma Integrato Sovra Distrettuale per i malati di Alzheimer, in attuazione della D.G.R. 504/2012,

IL COMUNE DI FORMIA

in qualità di ENTE delegato dell'Ambito Territoriale LATINA, costituito dai Distretti Sociosanitari:

- ❖ Aprilia - Cisterna,
- ❖ Latina,
- ❖ Monti Lepini,
- ❖ Fondi – Terracina,
- ❖ Formia – Gaeta.



RENDE NOTO

che a decorrere dal 15 Settembre 2016 al 5 Ottobre 2016 sono aperti i termini per la presentazione di candidature per la partecipazione a titolo gratuito ad un Corso di Formazione per Assistenti Familiari.

OBIETTIVI. Qualificare le badanti che lavorano presso le famiglie dei malati di Alzheimer beneficiari dei contributi nell'ambito del progetto Sovra Distrettuale per i malati di Alzheimer. Costituire un Registro di Assistenti Familiari per rispondere al fabbisogno dei Distretti facenti parte dell'Ambito della Provincia di LATINA al fine di disporre di figure adeguatamente formate da occupare nell'erogazione dei diversi servizi e progetti di Assistenza Domiciliare, tra cui il Programma Sovra Distrettuale Alzheimer.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE. Il percorso formativo per il conseguimento della qualifica di Assistente Familiare avrà una durata di 300 ore, suddiviso tra ore d'aula e ore di stage formativo, secondo quanto riportato nell'allegato 1 della Deliberazione della Regione Lazio n. 609 del 31/07/2007.

Le attività formative avranno inizio entro il mese di settembre 2016.

Le sedi dei corsi verranno ubicate:

- 1 Corso nella zona nord della Provincia di Latina
- 1 Corso nella zona sud della Provincia di Latina

Fatta salva diversa valutazione.

SOGGETTI AMMESSI A PARTECIPARE

Possono presentare istanza di partecipazione soggetti

in possesso dei seguenti requisiti:

- maggiore età;
- conoscenza della lingua italiana;
- residenza in uno dei territori della Asl LATINA;
- possesso del titolo di studio della scuola dell'obbligo.

E' prevista una riserva di posti destinata ai collaboratori familiari impegnati nell'assistenza indiretta nell'ambito del programma del progetto sovra distrettuale per malati di Alzheimer. Il criterio per l'assegnazione dei posti destinati a soggetti esterni al Programma Alzheimer, sarà quello dell'età anagrafica, ovvero avrà precedenza il più giovane. A parità di età, si terrà conto della data di presentazione dell'istanza stabilita e comprovata dal protocollo di ricevimento, fino ad esaurimento posti. In caso di invio tramite raccomandata farà fede la data riportata sul timbro di spedizione.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

L'avviso e la modulistica sono pubblicati sui siti istituzionali dei Comuni Capofila dell'Ambito ASL LATINA

- ❖ Aprilia - Cisterna,
- ❖ Latina,
- ❖ Monti Lepini,
- ❖ Fondi – Terracina,
- ❖ Formia – Gaeta.

L'istanza di partecipazione dovrà pervenire, a pena esclusione, al seguente indirizzo: Comune di Formia – Settore Secondo – Ufficio Integrazione Sociosanitaria - Via Vitruvio 190 – 04023 Formia (LT), entro e non oltre le ore 12.00 del giorno 05/10/ 2016.

- a mezzo posta con R/R
- consegna a mano
- tramite PEC all'indirizzo distrettosociosanitarioformiagaeta@pec.it

con oggetto "DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER ASSISTENTI FAMILIARI "

Per ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile contattare gli Uffici di Piano del Distretto di appartenenza.

Formia li 13 SET. 2016

Il Dirigente
(Dott. Italo La Rocca)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Comune di Formia
Settore Secondo – Ufficio Integrazione Sociosanitaria –
Via Vitruvio 190 – 04023 Formia (LT)

Oggetto: Richiesta di partecipazione al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, secondo quanto riportato nella Deliberazione della Regione Lazio n. 609 del 31/07/2007 e nell'allegato 1 del documento stesso.

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a Nato/a il a

C.F. Residente in Prov.

Via.....Cap.....Tel.....Cell.Fax

e- mail Titolo di studio Professione



CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al corso di formazione di 300 ore per il raggiungimento della qualifica di Assistente Familiare, nell'ambito delle attività del Programma Integrato Sovra Distrettuale per i malati di Alzheimer, in attuazione della D.G.R. 504/2012.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
(ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

- di essere cittadino italiano;
- se straniero, di risiedere regolarmente in Italia;
- di essere in possesso del diploma di licenza media (o titolo equiparato per i cittadini stranieri)
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- di essere consapevole che la presente domanda non comporta l'ammissione certa al percorso formativo;
- di avere diritto alla riserva di posti per essere in servizio presso una famiglia beneficiaria del contributo per l'assistenza domiciliare indiretta nell'ambito del Programma di interventi in favore dei malati di Alzheimer dell'Ambito Territoriale della ASL Latina (allega dichiarazione della famiglia beneficiaria o altro documento attestante l'attività)
- di essere consapevole che dichiarazioni false e mendaci comportano l'esclusione dalla procedura di selezione.

Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità.

Data

Firma