

**PROVINCIA
DI PARMA**



MODULO DI AMMISSIONE
Bando per l'assegnazione di voucher di cura

“Datemi il tempo ! Azioni a sostegno delle donne in formazione”

Rif. PA 2006-0341/Pr Ob.3 E1

La sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

Domiciliata a _____ (____)

via _____ n° _____

Nazionalità _____ Recapiti telefonici _____

CHIEDE

l'assegnazione di un voucher di cura a sostegno della partecipazione al seguente corso di formazione iniziale a cui è formalmente iscritta

(barrare la casella corrispondente)

ENTE	TITOLO CORSO	
CESVIP	Corso di qualificazione per operatori socio sanitari	<input type="checkbox"/>
CIOFS	O.S.S. – corso per operatore socio sanitario	<input type="checkbox"/>
FORMAFUTURO	Operatore socio sanitario – distretto sud est	<input type="checkbox"/>
FORMAFUTURO	Operatore socio sanitario – distretto di Parma	<input type="checkbox"/>
FORMAFUTURO	Operatore socio sanitario – distretto di Fidenza	<input type="checkbox"/>
IAL	Operatore socio sanitario a Borgo Val di Taro - 2006	<input type="checkbox"/>
IRECOOP	Operatore socio sanitario	<input type="checkbox"/>
AGRIFORM	Operatore di panificio e pastificio	<input type="checkbox"/>
AGRIFORM	Operatore agro-alimentare	<input type="checkbox"/>
Centro Servizi Edili	Formazione all'operatore edile alle strutture in edilizia storica	<input type="checkbox"/>
Centro Servizi PMI	Operatore amministrativo segretariale	<input type="checkbox"/>
ECIPAR	Abilitazione estetista	<input type="checkbox"/>
ECIPAR	Qualifica professionale: estetista	<input type="checkbox"/>
ENAIIP	Aiuto cuoco/a	<input type="checkbox"/>
FORMAFUTURO	Costruttore su macchine utensili	<input type="checkbox"/>
IAL	Ristorazione e prodotti tipici: percorso professionale 2006	<input type="checkbox"/>
IRECOOP	Operatore di magazzino	<input type="checkbox"/>

La sottoscritta E' CONSAPEVOLE CHE:

- ai sensi degli artt. 48 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia;
- ai sensi dell'art. 75 del DPR 445 del 28/12/2000, qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dal diritto di assegnazione di quanto eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera;

La sottoscritta DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000 n. 445 che :

1. E' in possesso dei seguenti requisiti di ammissibilità :

CARICO FAMILIARE

(Scrivere negli spazi)

- Numero di figli di età < di 6 anni
- Numero di figli di età tra 7 e 16 anni
- Numero di figli di età > di 16 anni
- Famiglia monoparentale

CARICO SOCIALE

(Scrivere negli spazi)

Figli o congiunti disabili

Età figli con disabilità *

Età figli con problemi sociali **

Familiari anziani a carico ***

Numero/Età di anziani non autosufficienti N°..... Età

Numero/Età di anziani autosufficienti N°..... Età.....

* Si intende qui disabilità di tipo fisico e/o psichico.

** Si intende qui un problema sociale segnalato e in carico presso i Servizi Sociali.

*** Si intendono persone ultrasessantacinquenni a carico della donna nel senso di impegno di cura / assistenza e non in senso economico, sia nel caso di co-abitazione con l'anziano sia nel caso di diverso domicilio.

2. E' attualmente nella seguente situazione lavorativa:

SITUAZIONE LAVORATIVA

La sottoscritta dichiara di essere:

(barrare la casella)

- Lavoratrice iscritte alle liste di mobilità
- Lavoratrice in cassa integrazione straordinaria
- Disoccupata Iscritta al Centro per l'Impiego di.....
- Inoccupata Iscritta al Centro per l'Impiego di.....

