

# 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 presso la:

sede Cosenza

sede Reggio Calabria

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