



# COMUNE DI SPARANISE

PROVINCIA DI CASERTA

UFFICIO DI PIANO  
AMBITO TERRITORIALE C9



DETERMINAZIONE N° 3 del 3/02/2015

Oggetto: istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" - Home Care Premium 2014

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9

**Comune di Sparanise**  
La presente è stata pubblicata  
all'Albo Pretorico Online  
dal 05-02-15 al 20-02-15  
IL MESSO COMUNALE

#### Premesso

- Che l'avviso "HOME CARE PREMIUM 2014", pubblicato dall'INPS Gestione Ex Inpdap in data 03 dicembre 2013 e con scadenza 27 dicembre 2013, è finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, i loro coniugi conviventi, loro familiari di primo grado non autosufficienti;
- che l'Ambito Territoriale C9, in data 17/12/2013, ha inoltrato alla Direzione Regionale INPS - Ex Gestione INPDAP regolare richiesta di adesione al progetto HOME CARE PREMIUM 2014;
- che con determinazione n. 146 del 18/12/2014 a firma del Direttore Centrale dell'INPS l'AT C9 è stato individuato quale Ambito Territoriale accreditato per la gestione del progetto HCP 2014;
- in data 31/12/2014 l'AT C9 ha provveduto a sottoscrivere l'Accordo di programma relativo alla gestione del Progetto;

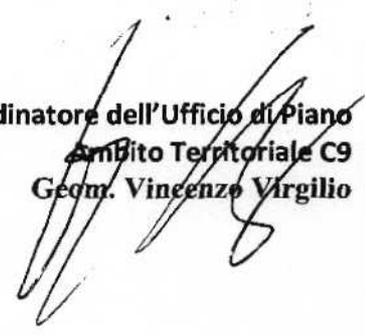
#### ritenuto opportuno

- dare avvio alle procedure di istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" quale strumento per lo svolgimento delle attività previste dall'Accordo di Programma tra l'INPS e l'Ambito Territoriale C9.

## **D E T E R M I N A**

- A. di istituire il "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari";
- B. Di approvare l'avviso pubblico relativo all'istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" e i relativi moduli di domanda che formano parte integrante del presente atto per la realizzazione delle attività previste dal progetto "Home Care Premium 2014";
- C. Di inviare la presente determinazione, in uno agli allegati, all'Ufficio Protocollo e all'Ufficio Segreteria del Comune Capofila;
- D. Di comunicare ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale C9 l'avvenuta pubblicazione della presente determinazione.

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale C9  
Geom. Vincenzo Virgilio**



## Avviso di istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9

Visti:

- l'avviso “ HOME CARE PREMIUM 2014”, pubblicato dall'INPS Gestione Ex Inpdap;
- l'Accordo di Programma firmato in data 31.12.2014 tra l' INPS e l'Ambito Territoriale C9 relativo alla attivazione del Progetto HCP 2014 per la gestione di “Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare per l'intervento in favore di soggetti NON autosufficienti e fragili utenti dell'Inps - Gestione Ex Inpdap”
- la determinazione n. 3 del 03/02/2015
- ritenuto di dover procedere all'istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”, rende noto l'avviso pubblico di seguito disciplinato.

## Avviso pubblico per l'istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”

### **Art. 1. Finalità**

Si istituisce il “REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI” per i servizi previsti dal progetto “Home Care Premium 2014”.

Il Registro degli Assistenti Familiari è un elenco che raccoglie i nominativi dei lavoratori/lavoratrici che, provvisti/e di adeguati requisiti, intendono proporsi alle famiglie come assistenti familiari per l'attività di cura e assistenza alle persone che si trovano in condizioni di fragilità .

Il Registro è pubblico, viene aggiornato ogni sei mesi ed è consultabile presso la sede dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9 e presso gli uffici dei Servizi Sociali di ciascuno dei Comuni afferenti all'ATC9 (Sparanise, Capua, Bellona, Vitulazio, Pignataro Maggiore, Pastorano, Giano Vetusto, Rocchetta e Croce, Camigliano e Calvi Risorta).

Le informazioni contenute nel registro sono relative ai dati anagrafici, ai titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative ed ogni altra informazione suppletiva fornita dagli interessati.

L'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari ha validità annuale e non dà diritto ad alcun incarico da parte dell'aspirante candidato. La dichiarazione di interesse al permanere nell'elenco degli iscritti e di mantenimento del possesso dei requisiti (validità del documento di soggiorno per i cittadini stranieri) dovrà pertanto essere rinnovata dai soggetti iscritti con tale periodicità, utilizzando l'apposito modulo RICHIESTA DI MODIFICA/RINNOVO/CANCELLAZIONE ISCRIZIONE.

## **Art. 2: Servizi**

L'assistente familiare possiede le competenze per seguire l'assistito nella pulizia e nell'igiene personale, per supportarlo durante la vestizione, l'assunzione dei pasti e nel caso in cui debba seguire una terapia medica, sia a domicilio che in struttura ospedaliera. Inoltre, sa come agevolare il movimento e lo spostamento dell'assistito e come ascoltarlo, intrattenerlo e rassicurarlo.

Per quanto riguarda la gestione della casa, l'assistente familiare è in grado di provvedere all'acquisto di cibi e materiali e alla pulizia, all'igiene e al riordino degli ambienti domestici e sa preparare i pasti.

Inoltre, è capace di sbrigare pratiche burocratiche e commissioni per conto dell'assistito, di supportarlo nell'accesso ai servizi e di individuare nel contesto sociale, sanitario e ricreativo gli interlocutori a cui rivolgersi in relazione ai suoi bisogni specifici.

## **Art. 3 : requisiti di accesso al registro**

L'iscrizione al Registro è prevista nei seguenti casi:

- cittadini residenti o domiciliati in uno dei Comuni dell' Ambito territoriale C9 che abbiano i seguenti requisiti minimi:
- Aver compiuto 18 anni;
- Essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- Avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
- Avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);
- Non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- Aver frequentato, con esito positivo, un corso di formazione professionale teorico-pratico della durata di almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona, o essere in possesso della qualifica professionale inerente l'area dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona;
- Qualifica professionale o diploma o altro titolo di studio estero equipollente dell'area dei servizi socio-sanitari.

In caso di assenza di esperienze formative, avere svolto un'attività lavorativa documentabile di almeno 6 mesi nel campo dell'assistenza familiare consente il riconoscimento del credito rispetto al tirocinio.

L'iscrizione, nel caso sopraccitato, è subordinata all'integrazione dei titoli attraverso un percorso formativo che rilasci la certificazione di competenze di assistente familiare secondo gli standards previsti.

#### **Art.4 : documentazione allegata**

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

1. Copia del documento d'identità;
2. Copia del titolo (o ricevuta/cedolino di richiesta) di soggiorno, anche in fase di rilascio o rinnovo, valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato;
3. Certificato medico di idoneità fisica al lavoro;
4. Copia degli attestati di frequenza ai corsi di formazione e/o copia dei titoli di studio conseguiti in Italia e all'estero con relativa certificazione dei contenuti/esami/moduli didattici affrontati dell'area socio-sanitaria.  
( I titoli esteri devono essere accompagnati da una traduzione in lingua italiana);
5. Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03.

La domanda di iscrizione deve essere presentata a mano o per posta, in busta chiusa, al seguente indirizzo:

**“Ufficio Protocollo Comune di Sparanise  
piazza Giovanni XXIII- CAP 81056 Sparanise (CE)”**

La modulistica è anche disponibile on-line al seguente indirizzo internet:

[www.comunedisparanise.it](http://www.comunedisparanise.it)

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale C9  
Geom. Vincenzo Virgilio**

Spett.le Comune di Sparanise  
Ente Capofila Ambito Territoriale C9  
Piazza Giovanni XXIII  
81056 - Sparanise

**DOMANDA D' ISCRIZIONE AL  
REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI**

ISTITUITO CON DETERMINAZIONE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) \_\_\_\_\_

Sesso (barrare la casella):  M  F

- Carta identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**oppure** Passaporto n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**- Solo per i cittadini stranieri:**

Carta / Permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
Questura di \_\_\_\_\_

data di rilascio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

primo rilascio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ data rinnovo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a nel **Registro Pubblico degli Assistenti Familiari**

**A TAL FINE DICHIARA**, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni così rese comporterà la decadenza dell'iscrizione oltre che la denuncia all'autorità competente e applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000:

**- barrare le caselle interessate -**

**1. Di aver assolto l'obbligo scolastico (solo per i cittadini italiani)**

SI  NO

**2. Di possedere una conoscenza della lingua italiana adeguata allo svolgimento dell'attività dell'assistente familiare (solo per i cittadini stranieri)**

SI  NO

**3. Di essere in possesso di uno dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale (barrare la casella interessata):**

titolo formativo assimilabile a quello di Assistente Familiare rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Operatore Socio Assistenziale (O.S.A.)

Operatore Tecnico-Assistenziale (O.T.A.)

Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Altro Titolo: \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

aver svolto attività lavorativa specifica per almeno sei mesi **(solo in assenza di esperienze formative )**

(all'uopo si precisa che, come indicato nel "Regolamento di Adesione HCP 2014" : "Per conservare il contributo in favore del soggetto beneficiario, la medesima assistente familiare dovrà concludere il percorso di qualificazione entro 8 mesi dalla data di regolare impiego, con l'ottenimento dell'attestazione e qualifica di Assistente Familiare".)

4. Di offrire disponibilità lavorativa:

immediata

**oppure**

a partire da \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

5. Di trovarsi nell'attuale posizione lavorativa:

occupato

disoccupato

6.

non aver subito condanne penali

non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

7. Di preferire quale sede di lavoro i Comuni di :

---

---

8. Di essere disponibile a lavorare nei seguenti orari:

- convivenza a tempo pieno
- tempo pieno diurno
- mattino
- pranzo
- pomeriggio
- cena
- notte
- sabato e prefestivi
- domenica e festivi
- brevi periodi per sostituzione

9. Di preferire le seguenti caratteristiche dell'utente:

- Minori
- Anziani
- disabili
- sesso maschile
- sesso femminile

10.

- Di essere automunito
- Di essere in possesso della patente tipo \_\_\_\_\_

11.

- Di avere maturato regolare esperienza lavorativa in qualità di assistente familiare

**( si allega curriculum vitae in formato europeo debitamente sottoscritto )**

**Si impegna**, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali.

Il/la sottoscritto/a **autorizza** il Comune di Sparanise, quale Ente capofila dell'Ambito Territoriale C9, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Lì, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

- ✓ Copia del documento d'identità;
- ✓ Copia del titolo (o ricevuta/cedolino di richiesta) di soggiorno, anche in fase di rilascio o rinnovo, valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato;
- ✓ Certificato medico di idoneità fisica al lavoro;
- ✓ Copia degli attestati di frequenza ai corsi di formazione e/o copia dei titoli di studio conseguiti in Italia e all'estero con relativa certificazione dei contenuti/esami/moduli didattici affrontati dell'area socio-sanitaria.
- ✓ Curriculum vitae in formato europeo
- ✓ altri documenti che si ritiene utili ai fini della valutazione della domanda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N. B. : ( I titoli esteri devono essere accompagnati da una traduzione in lingua italiana)

**Spett.le Comune di Sparanise**  
**Ente Capofila Ambito Territoriale C9**  
**Piazza Giovanni XXIII**  
**81056 - Sparanise**

**MODULO RICHIESTA DI MODIFICA/RINNOVO/CANCELLAZIONE ISCRIZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

**Residente in via** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**Domiciliato in Via** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) \_\_\_\_\_

**Sesso** (barrare la casella):  M  F

- **Carta identità** n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**oppure** **Passaporto** n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**- Solo per i cittadini stranieri:**

**Carta / Permesso di soggiorno** n. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
Questura di \_\_\_\_\_

data di rilascio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

primo rilascio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ data rinnovo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CHIEDE**

il RINNOVO       la CANCELLAZIONE       la MODIFICA

della propria iscrizione al "Registro degli Assistenti Familiari" dell'Ambito Territoriale C9,  
istituito con determinazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**A TAL FINE**, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni così rese comporterà la decadenza dell'iscrizione oltre che la denuncia all'autorità competente e applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA quanto segue:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***(allegare eventuale documentazione)***

Il/la sottoscritto/a **autorizza** il Comune di Sparanise, quale Ente capofila dell'Ambito Territoriale C9, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Lì, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

---