



# COMUNE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE

capofila

**Ambito Territoriale C8**  
Ex D.G.R.C. n.320/2012

DETERMINAZIONE N. 15 /C8 del 12 FEB. 2015

**Oggetto:** Istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”. **Approvazione Avviso Pubblico.**

## IL RESPONSABILE DEL SETTORE – IL COORDINATORE DELL’UFFICIO DI PIANO

### Premesso che

- con determina dirigenziale dell’INPS n. 56 del 03.12.2013 è stato pubblicato l’Avviso “Home care premium 2014”, per la ricerca ed il convenzionamento di Ambiti Territoriali Sociali disponibili alla gestione convenzionata di progetti innovativi e sperimentali di Assistenza domiciliare in favore di utenti dell’INPS – Gestione Dipendenti Pubblici non autosufficienti;
- il Progetto “Home care premium 2014” si pone l’obiettivo di attuare e sostenere finanziariamente percorsi funzionalmente ed economicamente sostenibili, anche sulla base dei parametri strutturanti il sistema economico e socio-demografico nazionale: risorse finanziarie limitate, crescita del bisogno a seguito dell’invecchiamento della popolazione, evoluzione delle strutture familiari e sociali di base;
- con apposito Accordo di collaborazione, siglato il 30.12.2014 ai sensi dell’art. 15 della legge n. 241/90, codesto Ambito Territoriale aderiva al progetto “Home care premium 2014” dell’INPS;
- con deliberazione di coordinamento istituzionale n. 15 del 13.10.2014, questo Ambito approvava il suddetto accordo siglato con l’INPS;

### Considerato che

- l’art. 3 del predetto accordo di collaborazione prevede l’attivazione delle prestazioni del progetto Home Care Premium 2014 a partire del 1° marzo 2015 con conclusione perentoria prevista per il 30 novembre 2015;
- occorre procedere con particolare urgenza al reperimento delle figure di Assistente familiare del predetto progetto, in funzione della ristrettezza del lasso temporale sopra indicato;

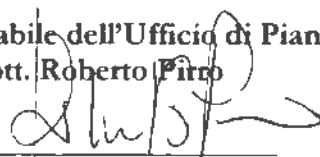
### Visto

- la determina dirigenziale dell’INPS n. 56 del 03.12.2013, che pubblicava l’Avviso “Home care premium 2014”;
- l’Accordo di collaborazione, siglato tra l’Ambito Territoriale C8 e l’INPS in data 30.12.2014, ai sensi dell’art. 15 della legge n. 241/90;
- la deliberazione di coordinamento istituzionale n. 15 del 13.10.14;

## DETERMINA

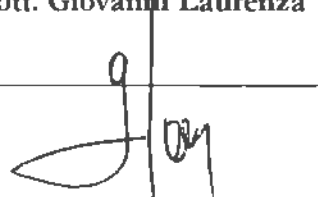
- **Di prendere atto** della premessa narrativa che si intende integralmente riportata;
- **Di approvare** l'avviso per l'istituzione del registro pubblico degli Assistenti familiari, da reperire per lo svolgimento delle attività rientranti nel progetto Home Care Premium 2014, con relativi moduli di domanda;
- Che le domande di iscrizione al predetto registro, dovranno **pervenire** al Protocollo Generale del Comune di Santa Maria Capua Vetere - capofila Ambito Territoriale C8, sito in Via Albana c/o Palazzo Lucarelli, 81055, a mezzo posta raccomandata o con servizio di posta celere delle Poste Italiane o a mano presso il Protocollo dell'Ente;
- **Di trasmettere** integralmente il presente atto all'albo pretorio, all'ufficio protocollo e al sito web del Comune di Santa Maria Capua Vetere, ai Comuni dell'Ambito Territoriale C8 per la pubblicazione all'albo pretorio e al sito web;
- **Di pubblicare** il presente atto all'albo pretorio del Comune di Santa Maria Capua Vetere e al sito web.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano  
Dott. Roberto Pirro



---

Il Dirigente del Settore  
Dott. Giovanni Laurenza



---



# COMUNE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE

capofila

COMUNE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE (CL)  
Prot.0003624 - 12/02/2015

Origine: Interno



**Ambito Territoriale C8**

Ex D.G.R.C. n.320/2012

## Avviso di istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari"

Il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune di S. Maria Capua Vetere e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'ambito Territoriale C8

Visti:

- l'Avviso "HOME CARE PREMIUM 2014", pubblicato dall'INPS;
- l'Accordo di collaborazione firmato in data 30/12/2014 tra l' INPS e l'Ambito Territoriale C8 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";
- la determinazione n. AS /C8 del 12 FEB. 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 C8 e presso gli uffici dei Servizi Sociali di ciascuno dei Comuni afferenti

all'ATIC8 (Santa Maria Capua Vetere, San Prisco, San Tammaro, Curti, Casapulla, Grazzanise e Santa Maria La Fossa).

Le informazioni contenute nel registro sono relative ai dati anagrafici, ai titoli di studio e professionali, alle 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 nonché 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 ammessa nei seguenti casi:

- A)** cittadini residenti o domiciliati in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale C8 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 all'area dei servizi socio-sanitari.

In caso di assenza di esperienze formative, avere svolto un'attività lavorativa documentabile di almeno 12 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.**

Per il punto A) di cui al precedente art. 3, la domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

1. Copia di un valido 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/o 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 al presente registro deve essere presentata a mano o per posta, in busta chiusa, al seguente indirizzo: **“Ufficio Protocollo Generale del Comune di Santa Maria Capua Vetere - Via Albana Pal. Lucarelli, 1 – CAP 81055 (CE)”**, indicando la seguente dicitura: **“Iscrizione al Registro degli Assistenti familiari istituito presso l'Ambito Territoriale C8”**.

#### **Art. 5: Pubblicità.**

Al presente Avviso è data opportuna pubblicazione all'Albo pretorio nonché sul sito istituzionale del Comune di Santa Maria Capua Vetere, Capofila ATC8.

**Il Coordinatore**

**UdPATC8**

Dott. Roberto Ricco

**Il Dirigente**

**Settore Politiche Sociali**

**Comune Capofila**

Dott. Giovanni Laurenza

**Spett.le**  
**Ufficio Protocollo Generale**  
**Comune di Santa Maria Capua Vetere**  
**Ente Capofila Ambito Territoriale C8**  
**Via Albana, Palazzo Lucarelli**  
**81055 - S. Maria Capua Vetere**

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

ISTITUITO CON DETERMINAZIONE N. 15 /CB DEL 12 FEB. 2015

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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**4. Di offrire disponibilità lavorativa:**

immediata

**oppure**

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

**5.** Di trovarsi nell'attuale posizione lavorativa:

- occupato
- disoccupato

**6.**

- Di non aver subito condanne penali;
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

**7.** Di preferire quale sede di lavoro : \_\_\_\_\_

**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
- sesso maschile
- sesso femminile
- altro \_\_\_\_\_

**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 Santa Maria Capua Vetere, in qualità di Ente capofila dell'Ambito Territoriale C8, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003 (cd. Codice della privacy), art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Li, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 ritengono utili ai fini della valutazione della domanda:

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

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

**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

- 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 C8, 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 Santa Maria Capua Vetere, quale Ente capofila dell'Ambito Territoriale C8, 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

---