

AL PLUS DI ORISTANOComune di Oristano
Piazza Eleonora d'Arborea 44
09170 ORISTANO**DOMANDA DI RINNOVO ISCRIZIONE****REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARE****ANNO 202** _____

Il/la sottoscritto/a			
Comune o stato estero di nascita			
Data di nascita	____/____/____	Nazionalità	
Sesso:	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Codice fiscale			
Residenza			
Recapito telefonico			
Indirizzo e-mail			

Iscritto/a al Registro Pubblico Assistenti Familiari	Al n° _____ sez. _____
	Dal ____/____/____

CHIEDE

- IL **RINNOVO** ANNUALE DELLA PROPRIA ISCRIZIONE PER L'ANNO 202____ AL REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO PLUS DI ORISTANO

(solo in caso di variazione dei dati già forniti in precedenza)

allega i seguenti documenti (selezionare i documenti allegati):

- Certificato medico di sana e robusta costituzione
- Curriculum vitae formato europeo
- Altro: _____

COMPILARE IN CASO DI **RICHIESTA DI MODIFICA** AI DATI RELATIVI ALLA PROPRIA ISCRIZIONE

Residenza

Via/Piazza		N.		C.A.P.	
------------	--	----	--	--------	--

PLUSDistretto socio-sanitario di Oristano **REGISTRO DISTRETTUALE ASSISTENTI FAMILIARI**

Presso il COMUNE DI ORISTANO Piazza Eleonora d'Arborea, 44 - tel. 0783 791220

e-mail : sabina.pau@comune.oristano.it

Comune di		Prov	
-----------	--	------	--

Domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Via/Piazza		N.		C.A.P.	
Comune di				Prov	

Telefono		Cellulare	
e-mail			

COMPILARE IN CASO DI **RICHIESTA DI CANCELLAZIONE** DELLA PROPRIA ISCRIZIONE

Indicare i motivi della richiesta di cancellazione *(la fornitura di queste informazioni da parte dell'assistente iscritto/a nel registro è volontaria e non pregiudica affatto l'esito della richiesta)*

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento ed alla diffusione dei dati forniti tramite il presente modulo ai fini della procedura del Registro Pubblico degli Assistenti Familiari del PLUS ORISTANO ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss.mm. e ii.

Luogo e data

Firma del richiedente