**AMBITO TERRITORIALE NAPOLI TRENTATRE’**

Comuni di: Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento e Vico Equense.

**AVVISO PUBBLICO**

**ISTITUZIONE DI UN REGISTRO PUBBLICO PER L’ASSISTENZA DOMICILIARE AI FINI DELL’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PREVISTE DAL PROGETTO**

**“HOME CARE PREMIUM”**

Premesso

* Che l’avviso “Home Care Premium”, pubblicato dall’INPS Gestione ex Inpdap è finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, loro coniugi conviventi, loro familiari di primo grado;
* Che l’Ambito ha sottoscritto convenzione con la Direzione Regionale INPS per l’attuazione del progetto “Home Care Premium”.

Ritenuto opportuno

* Dare avvio alle procedure di istituzione del “Registro Pubblico per l’assistenza domiciliare” quale strumento utile per lo svolgimento delle attività previste dall’Accordo di Programma tra l’INPS – Gestione ex Inpdap - Direzione Regionale Campania Molise e l’Ambito Territoriale N. 33

**RENDE NOTO**

con il presente AVVISO PUBBLICO le modalità, i tempi e le condizioni per la costituzione del Registro Pubblico per l’assistenza domiciliare dell’ AMBITO TERRITORIALE N.33.

Del presente avviso sarà data idonea diffusione e comunicazione ai cittadini che risulteranno beneficiari del “Progetto HCP Inps Gestione ex Inpdap ”.

Il Registro Pubblico per l’assistenza domiciliare è un elenco che raccoglie i nominativi dei/delle lavoratori/lavoratrici che intendono proporsi alle famiglie per l’attività di cura e assistenza alle persone che si trovano in condizioni di fragilità.

 **REQUISITI :**

Coloro che intendono iscriversi al “Registro Pubblico per l’assistenza domiciliare “ devono essere in possesso dei seguenti requisiti all’atto dell’iscrizione:

* aver compiuto 18 anni d'età;
* non aver subito condanne penali e non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
* di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per cittadini stranieri);
* avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri);
* essere di sana e robusta costituzione fisica;

**INFORMAZIONI UTILI AGLI UTENTI PER LA SCELTA DELL’ASSISTENTE DOMICILIARE :**

Titolo di studio:

* licenza media;
* diploma di scuola secondaria superiore ;
* laurea;
* titolo conseguito all’estero (specificare titolo, paese in cui è stato conseguito, votazione, corrispondente titolo italiano);
* attestati di qualifica professionale (OSSS; OSS; OSA; OTA; altro);
* esperienza lavorativa nel campo dell’assistenza alla persona.

L’iscrizione al Registro avviene in ordine cronologico di presentazione della richiesta;

L’ordine cronologico di iscrizione e le suindicate informazioni utili per gli utenti non avranno nessuna rilevanza e non costituiscono diritto di precedenza nella scelta dell’assistente iscritto al Registro che resterà a sola discrezionalità del beneficiario del servizio.

L’assistente domiciliare è il badante alle dirette dipendenze del beneficiario o del responsabile del programma.

L’assistente domiciliare scelto nel Registro dal beneficiario o dal responsabile del programma, può essere assunto anche attraverso il ricorso ad agenzie di somministrazione di lavoro interinale accreditate.

**COMPENSI :**

I compensi per le prestazioni di cui sopra sono finanziate dall’Istituto INPS – Gestione Ex INPDAP “Progetto HCP”.

Al pagamento dell’assistente domiciliare provvederà direttamente il cittadino beneficiario del finanziamento.

**MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

La domanda di inserimento nel Registro dovrà essere redatta sull’apposito modulo “Allegato A”, firmato e corredato degli allegati previsti.

Sulla busta contenente la domanda dovrà essere apposta la seguente dicitura: Ambito Territoriale Napoli Trentatré, ***“RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO PUBBLICO PER L’ASSISTENZA DOMICILIARE”,*** e dovrà essere *consegnata agli* Sportelli Home Care Premium INPS dell’Ambito Territoriale presso il Comune di Sant’Agnello (lunedì e martedì dalle 09.00 alle 13.30 e giovedì dalle 09.00 alle 13.30 e dalle 15.30 alle 18.00) ed il Comune di Massa Lubrense (mercoledì e venerdì dalle 09.00 alle 13.30).

 Copia del presente avviso e il modello di domanda “Allegato A” si possono scaricare dal sito: [www.pszna33.gov.it](http://www.pszna33.gov.it) o ritirare presso gli Sportelli HCP dell’Ambito.

All’istanza dovrà essere allegata:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;

- fotocopia carta/permesso di soggiorno;

L’iscrizione può essere effettuata a partire dal giorno della pubblicazione all’albo pretorio del presente avviso da parte del Comune Capofila (a valere per tutti i Comuni associati).

L’ iscrizione al Registro e la sua durata hanno validità per tutto il periodo di durata del progetto HCP.

Laddove subentrino modifiche, variazioni o in caso di perdita dei requisiti, i soggetti iscritti nel Registro dovranno darne tempestiva comunicazione all’Ambito Territoriale che provvederà alla cancellazione/modifica dal Registro.

Il Registro è custodito e aggiornato a cura degli Sportelli HCP dell’Ambito.

Il Registro è pubblico e visibile presso gli Sportelli HCP.

**TUTELA DATI PERSONALI :**

Informativa di cui al D.Lgs. n. 196/2003: i dati forniti dai richiedenti l’iscrizione al Registro, saranno utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all’attuazione del “ PROGETTO HOME CARE PREMIUM“, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Ambito Territoriale Napoli Trentatré, \_\_/04/2015

Il Coordinatore dell’Ufficio di Piano di Zona

Dott. *Gennaro Izzo*

***Allegato A***

Spett.le SPORTELLO HCP

 Ambito Territoriale N.33

 Comune di Sant’Agnello (NA)

 Piazza Matteotti 25 – 80065

Oppure

Spett.le SPORTELLO HCP

Ambito Territoriale N.33

Comune di Massa lubrense (NA)

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

OGGETTO : PROGETTO “ Home care Premium ”

**DOMANDA DI ISCRIZIONE Al REGISTRO PUBBLICO PER L’ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il/la sottoscritto/a\_ Codice Fiscale Nato/a a \_il / / Residente in via/\_\_\_\_ n. Comune C.A.P prov. Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Cell. E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(solo se diverso dalla residenza)

 Domiciliato in Via/ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_C.A.P\_ prov. Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza Sesso (barrare la casella): □ M □ F

Carta identità n. rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_ il / \_/ ( in corso di validità)

oppure Passaporto n. rilasciato da\_

il / / ( in corso di validità)

**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 per l’assistenza domiciliare in attuazione del “Progetto Home care Premium ” dell’Ambito Territoriale Napoli Trentatré

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi degli artt . 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 l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art 76 del D.P.R.

* 445/2000:

 Titolo di studio (*selezionare* ***solo*** *il titolo di studio più alto*):

 licenza media;

 diploma di scuola secondaria superiore in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 titolo conseguito all’estero (*specificare titolo, paese in cui è stato conseguito, votazione, corrispondente titolo italiano*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Esperienza lavorativa nel campo dell’assistenza alla persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**barrare le caselle interessate con una X**

* Di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
* Di essere in possesso dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale\_
* Di essere in possesso dell'attestato di frequenza di un corso di ore inerente le seguenti materie socioassistenziali / sociosanitarie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di non aver subito condanne penali;
* Di avere maturato esperienza lavorativa nel campo della cura alla persona, con autodichiarazione
* documentazione.
* Di essere in possesso della patente tipo \_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali.

Il/la sottoscritto/a autorizza l’Ambito Territoriale gestore del PROGETTO HOME CARE PREMIUM al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, e in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

 , lì/ / \_\_\_/

SI ALLEGA:

-fotocopia documento di identità in corso di validità;

-fotocopia carta/permesso di soggiorno, rinnovo, prenotazione;

 Firma del Dichiarante