

Schema di domanda

Di PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER MEDIATORI CULTURALI

(SCRIVERE IN STAMPATELLO. LE DOMANDE ILLEGGIBILI VERRANNO CESTINATE. NON SONO AMMESSE CANCELLATURE )

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 2

Il/La sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

di partecipare al corso di formazione per mediatori culturali e pertanto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 d.p.r. 28/12/2000, n°445)

**DICHIARA**

- di essere  M  F

- di essere nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a ..... Prov. (.....)

Stato .....

-di risiedere in Italia dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-di risiedere in via/piazza.....n..... Comune..... C.A.P.....

provincia.....

-telefono.....cellulare.....  
(se la residenza è diversa dal domicilio)

- di essere domiciliato/a in via/piazza.....n..... località.....

Comune.....C.A.P.....provincia.....

- di essere cittadino :  Paese U.E †

Paese Europeo non UE

Altro paese (specificare).....

- in caso ad un paese dell'UE di possedere residenza di soggiorno

- in caso di non appartenenza ad un paese dell'UE di possedere regolare permesso di soggiorno o carta

di soggiorno emesso/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

di non avere condanne penali ne carichi penali pendenti;

di possedere una ottima conoscenza della lingua italiana scritta e parlata

di avere buona  ottima  conoscenza .della lingua .....

di avere buona  ottima  conoscenza .della lingua .....

di possedere una buona conoscenza della realtà socio –politico-culturale del paese di origine;

di possedere una buona conoscenza della realtà socio –politico-culturale italiana;

di essere in possesso del seguente titolo di studio ( specificare) .....

di avere esperienza lavorativa nel campo della immigrazione ( specificare)

Ambito di intervento	Tipologia di esperienza
Servizi pubblici socio- sanitari ospedalieri e territoriali	
Servizi socio educativi	
Formazione professionale e dell' orientamento	
Istituzioni giudiziarie	
Enti locali	
Uffici pubblici	
Associazioni di volontariato	
Altro	

**Area territoriale /Azienda per la quale si intende esprimere l'opzione**

CITTA DI CASTELLO : territorio della Azienda sanitaria n. 1

territorio della Azienda sanitaria n. 2 ( aree del Perugino, Assisano, della Media Valle del Tevere e del Trasimeno)

Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia (Perugia)

FOLIGNO : territorio della Azienda sanitaria n. 3 e ospedali di Foligno e Spoleto

TERNI I territorio della Azienda sanitaria n. 4

Azienda ospedaliera di Terni

Il recapito presso cui dovranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente:

Nome e Cognome.....

Via/Piazza.....Nr .....

CAP.....Comune.....Prov. (.....)

Tel. ....cel .....

Allegati n. .... alla presente domanda

( specificare) .....

( specificare) .....

Autorizzo che i dati comunicati vengano utilizzati per i fini istituzionali previsti dal D. lgs. n. 196/2003.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA

---