

Allegato 1 – Domanda di iscrizione.

OGGETTO: RICHIESTA ISCRIZIONE ALLA SHORT LIST DEI MEDIATORI CULTURALI IN AMBITO SANITARIO OPERANTI NEL TERRITORIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME.....

NOME.....

NATO/A A IL____ /____ /____

CODICE

FISCALE.....

TITOLARE DI PERMESSO DI SOGGIORNO/CARTA DI SOGGIORNO

N°..... RILASCIATO DALLA QUESTURA DI

CON SCADENZA.....

RESIDENTE A (.....) ALLA VIA/PIAZZA N°

.....

C.A.P.....CITTADINANZA.....

CELL.

..... E-MAIL

CHIEDE

Di essere iscritto nella “Short List” dei Mediatori Culturali in ambito sanitario operanti nel territorio Asl Napoli 3 Sud.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere cittadino:
 Comunitario

Paesi Europei non UE-

specificare _____

Altri paesi –

specificare _____

In caso di non appartenenza ad un paese dell'UE, di possedere regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno emessa il ____/____/____ da _____ nr.
_____;

- Di non avere condanne penali, né carichi penali pendenti;
 - Di possedere ottime competenze linguistiche sia della lingua madre che dell'italiano;
 - Di essere in possesso del titolo di studio
-
-

conseguito presso _____ nell'anno _____

specificare la nazione in cui sono svolti gli studi

➤ Di conoscere la lingua _____ scritta e parlata - livello scolastico buono
ottimo

➤ Di conoscere la lingua _____ scritta e parlata - livello scolastico buono
ottimo

➤ Di conoscere la lingua _____ scritta e parlata - livello scolastico buono
ottimo

➤ Di essere in possesso di specifica formazione in campo di mediazione culturale acquisita presso

➤ Di possedere, inoltre, i seguenti titoli:

➤ Di essere Residente a _____ in
 Via/Piazza _____ nr. _____ C.A.P. _____
 Comune _____ Provincia (_____)
 Cell. _____ Email _____

Se la residenza è diversa dal domicilio, specificare di essere domiciliato/a :

a _____ in Via/Piazza _____
 nr. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Provincia (_____)

➤ Di possedere esperienza nel campo della mediazione culturale documentabile con certificazione dei servizi espletati (allegare documentazione)

AREE DI INTERVENTO	INTERVENTI INDIVIDUALI	ENTE	CONSULENZE A GRUPPI DI LAVORO	ATTIVITA' DI RICERCA	PROGETTI
Servizi sanitari					
Servizi sociali					
Scuola					
Servizi socio-sanitari					
Formazione e orientamento					
Carceri					
Enti locali					
Uffici Pubblici					
Associazioni di Volontariato					

Il/La sottoscritto/a..... esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui GDPR n.675/96.

Firma