



SCHEDA ASSISTENTE FAMILIARE - PRIMA PRESA IN CARICO e MODULO per INVIO dell'Assistente Familiare AD ALTRO SERVIZIO

Questo modulo può essere utilizzato da tutti gli enti partner sia per la raccolta delle informazioni e per la presa in carico dell'Assistente Familiare, sia per inviare l'AF ad altri soggetti partner. La compilazione quindi avverrà in maniera più o meno completa a seconda dell'uso che ne verrà fatto. In caso di invio ad altro servizio occorre compilare almeno la parte dei dati anagrafici dell'AF; se si invia all'Agenzia formativa Inforcoop Lega Piemonte Scrl occorre compilare la parte relativa alla formazione/istruzione/qualifiche e questionario. Se si invia ad altro soggetto occorre trasmettere il modulo via e-mail.

Ente inviante: _____

Operatore _____ tel _____ e-mail _____

Perché si invia: _____

A quale ente: Centro per L'impiego SAL Anteo SAL Il Filo da Tessere INFORCOOP

Altro: _____

Luogo _____ Data _____

SCHEDA ASSISTENTE FAMILIARE - PRIMA PRESA IN CARICO

ENTE _____ DATA COLLOQUIO _____

OPERATORE _____

DATI ANAGRAFICI

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE			<input type="checkbox"/> POSSESSO DI PARTITA IVA
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	STATO DI NASCITA
TELEFONO		RESIDENZA	
CELLULARE			
MAIL		DOMICILIO	
CITTADINANZA		SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO	

NUCLEO FAMILIARE <input type="checkbox"/> CONIUGE CONVIVENTE <input type="checkbox"/> FIGLI CONVIVENTI <input type="checkbox"/> LIBERO/A DA IMPEGNI FAMILIARI	
FUMATORE/TRICE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALLERGIE
Occupata <input type="checkbox"/> Disoccupata <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> All'apertura del primo PAI avvenuto in dataera disoccupata
ISCRIZIONE AL CPI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI QUALE _____	DA CHI E' VENUTO/A A CONOSCENZA DEL PROGETTO?

DISPONIBILITA'

<input type="checkbox"/> BADANTE CONVIVENTE (5.4.4.3.0.10)	
<input type="checkbox"/> NON CONVIVENTE ADDETTI ALL'ASSISTENZA PERSONALE (5.4.4.3.0.0)	
<input type="checkbox"/> NOTTURNO (CON ESPERIENZA) <input type="checkbox"/> NOTTURNO (SENZA ESPERIENZA) <input type="checkbox"/> FESTIVI	
<input type="checkbox"/> TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> PART TIME _____	FASCIA ORARIA (se necessario specificare Es. solo per preparazione e somministrazione pasti) _____
<input type="checkbox"/> MATTINO <input type="checkbox"/> POMERIGGIO <input type="checkbox"/> SERA <input type="checkbox"/> WEEKEND	
<input type="checkbox"/> TEMPI BREVI/SOSTITUZIONI IN ALTERNANZA CON ALTRE ASSISTENTI FAMILIARI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ALTRE DISPONIBILITA'

OPERATORE SOCIO SANITARIO (se in possesso di qualifica) (5.3.1.1.0.4)

VINCOLI/PREFERENZE

<input type="checkbox"/> SOLO AUTOSUFFICIENTI	<input type="checkbox"/> ANCHE NON AUTOSUFFICIENTI
<input type="checkbox"/> ADULTI DISABILI	<input type="checkbox"/> MINORI DISABILI
<input type="checkbox"/> SOLO UOMINI	<input type="checkbox"/> SOLO DONNE
<input type="checkbox"/> ANCHE COPPIE	
<input type="checkbox"/> ANCHE FIGLI CONVIVENTI	
<input type="checkbox"/> SENZA VINCOLI/PREFERENZE	

NOTE (vincoli fisici: lavori pesanti, patologie, fobie, ecc.)

PATENTE SI NO AUTOMUNITO/A SI NO

EVENTUALE DISPONIBILITA' ALL'UTILIZZO MEZZO PROPRIO

DISTANZA LUOGO DI LAVORO - DISPONIBILITA'

COMUNE DI DOMICILIO 15 km 25 km 40 km + 50 km

VILLEGGIATURA

PARTECIPAZIONE A PRECEDENTI PROGETTI SULL'ASSISTENZA FAMILIARE
INDICARE QUALE _____

ISTRUZIONE – FORMAZIONE

TITOLO DI STUDIO	
<input type="checkbox"/> NESSUNO	
<input type="checkbox"/> SCUOLA ELEMENTARE	
<input type="checkbox"/> SCUOLA MEDIA	
<input type="checkbox"/> SCUOLA SUPERIORE	
<input type="checkbox"/> QUALIFICA	
<input type="checkbox"/> LAUREA	
<input type="checkbox"/> CORSI DI ITALIANO	
<input type="checkbox"/> ALTRI CORSI	
LUOGO CONSEGUIMENTO TITOLO	<input type="checkbox"/> ITALIA <input type="checkbox"/> ESTERO <input type="checkbox"/> ASSEVERATO <input type="checkbox"/> EQUIPOLLENTE
<input type="checkbox"/> DISPONIBILITA' ALLA FORMAZIONE	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

QUALIFICHE SPECIFICHE

OPERATORE SOCIO SANITARIO (in possesso di qualifica) (5.3.1.1.0.4.)

I° MODULO O.S.S. (ELEMENTI DI ASSISTENZA FAMILIARE)

QUALIFICA DI ASSISTENTE FAMILIARE

COMPETENZE LINGUISTICHE

LINGUA MADRE

CONOSCENZA LINGUA ITALIANA

	NESSUNA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
PARLATA					
LETTA					
SCRITTA					

CONOSCENZA ALTRE LINGUE

LINGUA	LIVELLO DI CONOSCENZA

QUESTIONARIO

Rilevazione delle esperienze professionali (selezionare se superiore a tre mesi)

1) Condizioni di salute della/e persona/e che ha assistito (selezionare una o più risposte)	
Non autosufficiente	<input type="checkbox"/>
Allettata	<input type="checkbox"/>
Con disabilità fisica	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
Con disorientamento spazio-temporale	<input type="checkbox"/>
Necessita di diete speciali (diabetici, cardiopatici, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Necessita di ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/>
Con patologie psichiatriche (bipolarismo, depressione, schizofrenia, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Con patologie degenerative (es. demenza, Alzheimer...)	<input type="checkbox"/>
2) Quali mansioni ha svolto durante questa/e esperienza/e (selezionare una o più risposte)	
Aiuto nella cura per l'igiene personale	<input type="checkbox"/>
Aiuto nell'assunzione di cibo	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/>
Aiuto nell'ambito della salute (misurare temperatura, pressione, glicemia, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella prevenzione e nella cura delle piaghe da decubito	<input type="checkbox"/>
Aiuto nell'utilizzo di ausili per la deambulazione e mobilizzazione	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella vestizione e svestizione	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella preparazione dei pasti	<input type="checkbox"/>
Conoscenza della cucina italiana	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella cura e nella gestione della casa	<input type="checkbox"/>
Aiuto nelle pratiche e commissioni (banca, posta, anagrafe, ecc.)	<input type="checkbox"/>
3) Nella sua esperienza ha intrattenuto rapporti (selezionare una o più risposte)	

Con i familiari dell'assistito/a	<input type="checkbox"/>
Con i servizi territoriali (assistente sociale, medici, ecc.)	<input type="checkbox"/>

PER QUANTO TEMPO HA OPERATO NEL SETTORE DI CURA ALLA PERSONA?	
<input type="checkbox"/> 0 – 1 anno <input type="checkbox"/> 1 – 3 anni <input type="checkbox"/> Oltre 3 anni	
E' DISPONIBILE ALLA CONVIVENZA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
E' DISPONIBILE ALL'ASSISTENZA NOTTURNA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
QUANTE ESPERIENZE LAVORATIVE HA AVUTO IN QUEST'AMBITO NEGLI ULTIMI 3 ANNI?	
<input type="checkbox"/> 1 - 3 <input type="checkbox"/> 3 - 5 <input type="checkbox"/> 5 - 10 <input type="checkbox"/> OLTRE 10	
MOTIVO CESSAZIONE ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO IN QUESTO SETTORE	
<input type="checkbox"/> DECESSO DELL'ASSISTITO	
<input type="checkbox"/> RICOVERO DELL'ASSISTITO	
<input type="checkbox"/> DIMISSIONI VOLONTARIE	
<input type="checkbox"/> LICENZIAMENTO	
MOTIVO CESSAZIONE PENULTIMO RAPPORTO DI LAVORO IN QUESTO SETTORE	
<input type="checkbox"/> DECESSO DELL'ASSISTITO	
<input type="checkbox"/> RICOVERO DELL'ASSISTITO	
<input type="checkbox"/> DIMISSIONI VOLONTARIE	
<input type="checkbox"/> LICENZIAMENTO	
<input type="checkbox"/> NO PENULTIMO RAPPORTO	

REFERENZE	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ESPERIENZE LAVORATIVE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA

Indicare le due esperienze più significative

PROFESSIONE		STRUTTURA/FAMIGLIA	
		REFERENZE <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
MANSIONI		STRUMENTI UTILIZZATI (es. sollevatori)	
ASSISTITO AUTOSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DURATA RAPPORTO	MOTIVO DELLA CESSAZIONE		
NOTE/DIFFICOLTA' INCONTRATE			

PROFESSIONE		STRUTTURA/FAMIGLIA	
		REFERENZE <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
MANSIONI		STRUMENTI UTILIZZATI (es. sollevatori)	
ASSISTITO AUTOSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DURATA RAPPORTO	MOTIVO DELLA CESSAZIONE		
NOTE/DIFFICOLTA' INCONTRATE			

ALTRE ESPERIENZE

EVENTUALI NOTE



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679

Gentile Utente,

La informiamo che i dati personali da Lei forniti, nell'ambito dei progetti regionali sull'assistenza familiare, alla Direzione Coesione sociale della Regione Piemonte saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, di seguito GDPR)".

La informiamo, inoltre, che:

- I dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda e comunicati alla Direzione Coesione sociale. Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali definite nei Regolamenti UE n. 1303/2013 e n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 e s.m.i;
- I dati acquisiti a seguito della presente informativa saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al Bando per il quale vengono comunicati;
- L'acquisizione dei Suoi dati ed il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alle finalità sopradescritte; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento di erogare il servizio richiesto;
- I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono: dpo@regione.piemonte.it;
- Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Giunta regionale, il Delegato al trattamento dei dati è il Direttore "pro tempore" della Direzione Coesione Sociale della Regione Piemonte.
- Il Responsabile (esterno) del trattamento è:
 - il Consorzio per il Sistema Informativo Piemonte (CSI), ente strumentale della Regione Piemonte, pec: protocollo@cert.csi.it;
- I suoi dati personali saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati e Responsabili (esterni) individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile (esterno), autorizzati ed istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche ed organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato;
- I Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.Lgs. 281/1999 e s.m.i.);
- i Suoi dati personali sono conservati per il periodo di 10 anni a partire dalla chiusura delle attività connesse con l'Avviso pubblico.
- i Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore, né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione;
- I Suoi dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti:
 - Autorità di Audit e di Certificazione del POR FSE 2014-2020 della Regione Piemonte
 - Autorità con finalità ispettive o di vigilanza o Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge;
 - Soggetti pubblici, in attuazione delle proprie funzioni previste per legge (ad es. in adempimento degli obblighi di certificazione o in attuazione del principio di leale cooperazione istituzionale, ai sensi dell'art. 22, c. 5 della L. 241/1990);
 - Altre Direzioni/Settori della Regione Piemonte per gli adempimenti di legge o per lo svolgimento delle attività istituzionali di competenza
 - Soggetti incaricati dall'AdG di erogare servizi di assistenza tecnica, ai sensi dell'art.58 del Reg. (UE) 1303/2013;
- ai sensi dell'art. 125, paragrafo 4, lettera c) del Regolamento (UE) 1303/2013 i dati contenuti nelle banche dati a disposizione della Commissione Europea saranno utilizzati attraverso l'applicativo informatico ARACHNE, fornito all'Autorità di Gestione dalla Commissione Europea, per l'individuazione degli indicatori di rischio di frode.

Ogni Interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del Regolamento (UE) 2016/679, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; avere la conoscenza delle



finalità su cui si basa il trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, la limitazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso, rivolgendosi al Titolare, al Responsabile della protezione dati (DPO) o al Responsabile del trattamento, tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Luogo _____ Data _____

Firma per presa visione
