Regione Umbria

Investiamo nel vostro futuro

Nuova Dimensione
COOPERATIVA SOCIALE

POR UMBRIA FSE 2007-2013 ASSE IV CAPITALE UMANO

MODELLO DI DOMANDA DI ISCRIZIONE PER PARTECIPARE AI PERCORSI FORMATIVI

Competenze per la riabilitazione di persone con disabilità visive

Codice **PG 140241028**

Soggetto attuatore **Cooperativa Nuova Dimensione Soc. Coop. Soc.**

Spett.le Coop. Nuova Dimensione
Soc.Coop.Soc.
Via Campo di Marte 22/b
06124 PERUGIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME _____

NOME _____ NATO/A _____

IL ____/____/____ RESIDENTE A _____ IN VIA/P.ZZA _____

_____ N° _____ TEL. _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

AVENDO PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER IL RECLUTAMENTO DEGLI ALLIEVI DEL PROGETTO E DELLE CONDIZIONI DI AMMISSIBILITA' E PRIORITA' TUTTE NELLO STESSO ESPLICITATE CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALLA PARTECIPAZIONE DEL/I SEGUENTE/I CORSO /I FORMATIVO/I

N.B. E' possibile e consigliato frequentare tutti i corsi, al fine di acquisire le competenze necessarie a progettare e realizzare interventi per l'autonomia personale e la mobilità di persone non vedenti. È comunque possibile partecipare a singole attività; in questo caso specificare a quale corso si intende partecipare.

	Titolo del corso	Durata in ore	Numero partecipanti per edizione
	Comprendere e valutare la disabilità visiva	60	20
	Gestire la relazione con i beneficiari del servizio	60	20
	Progettare e realizzare interventi riabilitativi tiflologici	60	20
	Predisporre/utilizzare materiali per la tiflodidattica	60	20
	Progettare interventi riabilitativi per l'orientamento e la mobilità	60	20
	Progettare interventi riabilitativi per l'autonomia personale	60	20
	Progettare interventi per migliorare la competenza sociale	60	20
	Gestire gli aspetti emotivi del lavoro con persone con disabilità visive	60	20
	Sviluppare l'offerta di servizi per persone con disabilità visiva	60	20
	Valutare la qualità dei servizi offerti per persone con disabilità visiva	60	20

A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, PREVISTE DAGLI ARTT.75 E 76 DEL DPR 445/2000 NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITÀ NEGLI ATTI, SOTTO LA **PROPRIA** PERSONALE RESPONSABILITÀ, AI SENSI DEGLI ARTT. 46-47-48 DEL DPR 445/2000

DICHIARA

→ DI ESSERE CITTADINO/A _____;

→ (SE EXTRACOMUNITARIO) DI ESSERE IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO CON SCADENZA _____;

→ DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO (INDICARE IL PIÙ ALTO TITOLO) _____ CONSEGUITO IN DATA _____ PRESSO _____;

→ DI ESSERE IN POSSESSO DELLO STATO DI

□ DISOCCUPAZIONE

□ INOCCUPAZIONE

→ **DI NON STARE USUFRUENDO DI ALCUN INTERVENTO FINANZIATO CON IL FONDO SOCIALE EUROPEO;**

→ DI AVER FREQUENTATO I SEGUENTI CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE FINANZIATI CON IL FONDO SOCIALE EUROPEO:
(INDICARE TITOLO, SOGGETTO ATTUATORE E PERIODO DI SVOLGIMENTO)_____
_____
_____
_____

□ **DI ESSERE FAMILIARE DI PERSONE CON DISABILITÀ VISIVA**

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- COPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ ;
- PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI COPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITÀ;
- CURRICULUM (FACOLTATIVO)

Data _____

Firma_____