



Cod. _____ Titolo del corso _____

(compilazione del codice a cura del Settore)

Scheda d'iscrizione

Cognome Nome

Luogo di nascita prov data di nascita

Codice fiscale

Domicilio via/piazza

cap località prov

tel tel cellulare

indirizzo e-mail

Titolo di studio: (con l'attestato regionale barrare anche il titolo di base conseguito)

3 anni post media (specificare)

maturità (specificare)

diploma universitario/laurea breve (specificare)

laurea/laurea specialistica (specificare)

attestato regionale di qualifica professionale di:

ASA

OSS

animatore

educatore professionale

altro (specificare)

Ente di appartenenza:

ente pubblico

privato sociale

privato

denominazione

via/piazza

cap località prov

tel fax

1. dipendente

tempo indeterminato (di ruolo)

a tempo determinato (contratto a termine)

2. non dipendente

rapporto libero professionale/co.co.co. (n° ore settimanali

altro (specificare)

3. socio lavoratore

4. volontario

continua

Servizio in cui opera dal

se privato indicare se convenzionato con il pubblico si no

denominazione

via/piazza

cap località prov

tel fax

indirizzo e-mail

Indicare la tipologia

- Area minori, giovani, famiglia
 - Consultorio familiare e/o materno infantile
 - Nido e/o centro prima infanzia, nido famiglia
 - Centro di aggregazione giovanile (CAG), centro ricreativo, educativa di strada
 - Comunità educativa, pronto intervento, alloggio per l'autonomia, comunità familiari
 - Assistenza domiciliare minori (ADM)
 - Servizio tutela e altri servizi minori (affidi, adozioni, penale minorile, ecc.)
- Area dipendenze
 - Servizio dipendenze (SerT, comunità alloggio ecc.)
- Area disabilità
 - Struttura residenziale per disabili (comunità, comunità socio sanitaria CSS, residenza sanitaria disabili RSD, istituto di riabilitazione IDR)
 - Centro socio educativo (CSE), centro diurno disabili (CDD)
 - Assistenza domiciliare handicap (ADH)
- Area integrazione lavorativa
 - Servizio/Nucleo inserimento lavorativo (SIL, NIL), Servizio formazione all'autonomia (SFA)
- Area anziani
 - Residenza sanitaria assistenziale (RSA), Istituto di riabilitazione (IDR), comunità alloggio
 - Assistenza domiciliare anziani (ADI, SAD, CMA)
 - Centro diurno per anziani (CDA), centro diurno integrato (CDI)
- Area istituzionale
 - Servizio Sociale Comunale/Ufficio di Piano/Servizio di Dipartimento ASSI

Qualifica professionale attribuita dall'Ente di appartenenza	Posizione organizzativa (barrare la casella corrispondente)		
	Operatore di I livello	Coordinatore Funzionario/Responsabile Quadro	Dirigente
*			

***riportare una delle seguenti denominazioni:**
 Animatore, Assistente sanitaria, Assistente sociale, Ausiliario socio assistenziale, Avvocato, Educatore prima infanzia, Educatore professionale, Infermiere, Insegnante, Mediatore, Medico, Operatore socio sanitario, Ostetrica, Pedagogista, Profilo Amministrativo, Psicologo, Sociologo, Tecnico dei servizi sociali, Fisioterapista, Volontario

Indicare l'anzianità di ruolo (mese/anno)
 (Coordinatore, Funzionario/Responsabile, Quadro)

Data

Firma dell'interessato

Visto del Responsabile

.....

Informativa art. 13 d.lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" I dati personali, raccolti per scopi organizzativi nella presente scheda d'iscrizione, saranno trattati in piena osservanza delle disposizioni del d.lgs. n. 196/03. I diritti dell'interessato - di accesso ai dati personali e altri diritti - sono stabiliti dall'art. 7 del citato decreto legislativo.
