



# COMUNE DI SANLURI

Provincia del Medio Campidano

Via A. Villasanta 17 – Tel. 070/9383304 - Fax 070/9301709

## SERVIZIO SOCIALE E ALLA PERSONA

**Ufficio per la Programmazione e la Gestione dei Servizi alla Persona**

**Distretto di Sanluri**

Via Castello, n. 7 - Tel. 070/9348415  
email- [ufficiodipianosanluri@gmail.com](mailto:ufficiodipianosanluri@gmail.com)

## PROFESSIONALITA' OPERATORI

**OGGETTO: Plus Triennio 2010/2012 Distretto di Sanluri - Procedura Aperta a rilevanza comunitaria per l'affidamento del Servizio Distrettuale: "Centro Diurno Polivalente"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

codice Fiscale n. \_\_\_\_\_ partita IVA n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

che gli operatori operanti presso la sopra menzionata Ditta e indicati dal Sottoscritto come candidati a ricoprire i ruoli lavorativi di: **Responsabile Coordinatore, Educatore, Animatore, Operatore Socio-Sanitario** come previsto nel capitolato speciale della procedura aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale "CENTRO DIURNO POLIVALENTE" dispongono della seguente professionalità:

#### **- Responsabile Coordinatore**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### **ESPERIENZA FORMATIVA**

#### **Titolo di studio**

A. Titolo di studio richiesto

---

Conseguito presso

---

Nell'anno accademico

---

Votazione finale

---

**Ulteriore titoli di studio aggiuntivi**

Conseguito presso

---

Nell'anno accademico

---

Votazione finale

---

**Titoli preferenziali**

**Corsi di formazione**

A. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

B. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

A. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

B. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

C. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

D. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso del titolare /legale rappresentante

---



# COMUNE DI SANLURI

Provincia del Medio Campidano

Via A. Villasanta 17 – Tel. 070/9383304 - Fax 070/9301709

## SERVIZIO SOCIO CULTURALE

**Ufficio per la Programmazione e la Gestione dei Servizi alla Persona**

### Distretto di Sanluri

Via Castello, n. 7 - Tel. 070/9348415  
email- [ufficiodipianosanluri@gmail.com](mailto:ufficiodipianosanluri@gmail.com)

## PROFESSIONALITA' OPERATORI

**OGGETTO: Plus Triennio 2010/2012 Distretto di Sanluri - Procedura Aperta a rilevanza comunitaria per l'affidamento del Servizio Distrettuale: "Centro Diurno Polivalente"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

codice Fiscale n. \_\_\_\_\_ partita IVA n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che gli operatori operanti presso la sopra menzionata Ditta e indicati dal Sottoscritto come candidati a ricoprire i ruoli lavorativi di: **Responsabile Coordinatore, Educatore, Animatore, Operatore Socio-Sanitario** come previsto nel capitolato speciale della procedura aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale "CENTRO DIURNO POLIVALENTE" dispongono della seguente professionalità:

- **Educatore**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### ESPERIENZA FORMATIVA

#### Titolo di studio

A. Titolo di studio richiesto \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Nell'anno accademico \_\_\_\_\_

---

Votazione finale

---

**Ulteriore titoli di studio aggiuntivi**

Conseguito presso

---

Nell'anno accademico

---

Votazione finale

---

**Titoli preferenziali**

---

---

---

**Corsi di formazione**

A. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

B. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

A. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

B. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

Datore di lavoro

Settore

Mansioni

C. Figura professionale

Periodo di riferimento

Datore di lavoro

Settore

Mansioni

D. Figura professionale

Periodo di riferimento

Datore di lavoro

Settore

Mansioni

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso del titolare /legale rappresentante

\_\_\_\_\_



# COMUNE DI SANLURI

Provincia del Medio Campidano

Via A. Villasanta 17 – Tel. 070/9383304 - Fax 070/9301709

## SERVIZIO SOCIO CULTURALE

Ufficio per la Programmazione e la Gestione dei Servizi alla Persona

### Distretto di Sanluri

Via Castello, n. 7 - Tel. 070/9348415  
email- [ufficiodipianosanluri@gmail.com](mailto:ufficiodipianosanluri@gmail.com)

## PROFESSIONALITA' OPERATORI

**OGGETTO: Plus Triennio 2010/2012 Distretto di Sanluri - Procedura Aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale: "Centro Diurno Polivalente"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

codice Fiscale n. \_\_\_\_\_ partita IVA n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che gli operatori operanti presso la sopra menzionata Ditta e indicati dal Sottoscritto come candidati a ricoprire i ruoli lavorativi di: **Responsabile Coordinatore, Educatore, Animatore, Operatore Socio-Sanitario** come previsto nel capitolato speciale della procedura aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale "CENTRO DIURNO POLIVALENTE" dispongono della seguente professionalità:

- **Animatore**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### ESPERIENZA FORMATIVA

#### Titolo di studio

A. Titolo di studio richiesto \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Nell'anno accademico \_\_\_\_\_

Votazione finale

---

**Ulteriore titoli di studio aggiuntivi**

Conseguito presso

---

Nell'anno accademico

---

Votazione finale

---

**Titoli preferenziali**

---

---

---

**Corsi di formazione**

A. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

B. Denominazione corso

---

Attestato conseguito presso

---

Nell'anno

---

N. ore

---

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

A. Figura professionale

---

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

B. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

C. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

D. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso del titolare /legale rappresentante

\_\_\_\_\_



# COMUNE DI SANLURI

Provincia del Medio Campidano

Via A. Villasanta 17 – Tel. 070/9383304 - Fax 070/9301709

## SERVIZIO SOCIO CULTURALE

Ufficio per la Programmazione e la Gestione dei Servizi alla Persona

Distretto di Sanluri

Via Castello, n. 7 - Tel. 070/9348415  
email- [ufficiodipianosanluri@gmail.com](mailto:ufficiodipianosanluri@gmail.com)

## PROFESSIONALITA' OPERATORI

**OGGETTO: Plus Triennio 2010/2012 Distretto di Sanluri - Procedura Aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale: "Centro Diurno Polivalente"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

codice Fiscale n. \_\_\_\_\_ partita IVA n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che gli operatori operanti presso la sopra menzionata Ditta e indicati dal Sottoscritto come candidati a ricoprire i ruoli lavorativi di: **Responsabile Coordinatore, Educatore, Animatore, Operatore Socio-Sanitario** come previsto nel capitolato speciale della procedura aperta a rilevanza comunitarie per l'affidamento del Servizio Distrettuale "CENTRO DIURNO POLIVALENTE" dispongono della seguente professionalità:

#### - Operatore Socio-Sanitario

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

### ESPERIENZA FORMATIVA

#### Titolo di studio

C. Titolo di studio richiesto \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Nell'anno accademico

Votazione finale

**Ulteriore titoli di studio aggiuntivi**

Conseguito presso

Nell'anno accademico

Votazione finale

**Titoli preferenziali**

**Corsi di formazione**

B. Denominazione corso

Attestato conseguito presso

Nell'anno

N. ore

D. Denominazione corso

Attestato conseguito presso

Nell'anno

N. ore

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

E. Figura professionale

Periodo di riferimento

Datore di lavoro

Settore

Mansioni

F. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

G. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

H. Figura professionale

Periodo di riferimento

---

Datore di lavoro

---

Settore

---

Mansioni

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso del titolare /legale rappresentante

\_\_\_\_\_