

**MODELLO 3**  
**Elenco personale**

Il/LA \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, responsabile della struttura

**residenziale per Persone con Disabilità**

**semiresidenziale per Persone con Disabilità**

(barrare la voce che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_

Elenco del personale operante nella struttura				
n.	Cognome e nome	Titolo posseduto*	Mansione svolta**	Monte ore settimanale indicativo

\* indicare se Educatore Professionale, OSS, ADEST, OSA, OTA, diplomati superiori in servizi socio sanitari, persone con esperienza almeno quinquennale come operatore in strutture e servizi socio-assistenziali per le Persone con Disabilità

\*\* indicare se educatore professionale, operatore di supporto, altro (specificare)

## Dichiara

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- a) Educatore Professionale
- b) Operatori sociosanitari (OSS);
- c) Assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- d) Operatori socioassistenziali (OSA);
- e) Operatori tecnici ausiliari (OTA);
- f) diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti;

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_

g) di non essere in possesso di alcun titolo di studio di quelli sopraelencati, e di possedere esperienza almeno quinquennale come operatore in strutture e servizi socio-assistenziali per Persone con Disabilità come da documentazione che si allega alla presente.

Eventuale precedente esperienza maturata nel settore dei servizi socio assistenziali per Persone con Disabilità

Periodo		Presso:	Con l'incarico di:
Dal	al	Nome organizzazione	Mansione svolta

La presente dichiarazione è resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

Il sottoscritto/a è consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., le sanzioni previste dal

codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

Il Responsabile della struttura

si allega copia del documento di identità (se non già presente in altra parte della documentazione trasmessa)