

ALLEGATO B

Spett.le Comune di Fonte Nuova
Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto _____ Responsabile della
Struttura _____ con sede in _____

DICHIARA di essere in possesso di:

1. TITOLO DI STUDIO (barrare il titolo posseduto)

- ⇒ Laurea di secondo livello in _____
(ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie)
- ⇒ Laurea di primo livello in _____
(ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie)
- ⇒ Diploma di scuola secondaria superiore _____

2. ESPERIENZA DOCUMENTATA (barrare il periodo di riferimento)

- ⇒ Minimo 2 anni
- ⇒ Minimo 4 anni
- ⇒ Minimo 6 anni di cui almeno 2 nel ruolo di responsabile

Nell'area d'utenza specifica di struttura/e:

- ⇒ Minori,
- ⇒ Adulti con disabilità,
- ⇒ Anziani,
- ⇒ Persone con disagio sociale,
- ⇒ Donne in difficoltà,
- ⇒ Servizio di assistenza domiciliare pubblica.

(L'esperienza deve essere stata maturata o presso strutture residenziali, semiresidenziali e centri diurni socio-assistenziali autorizzati (pubblici o privati) o nel servizio di assistenza domiciliare pubblica per le tipologie di utenza per le quali il servizio è previsto e adeguatamente documentata)

SI IMPEGNA

- ⇒ A seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato con riguardo sia agli aspetti amministrativo-gestionali sia agli aspetti socio-assistenziali del servizio stesso. (Il programma annuale deve contenere le tematiche di aggiornamento, le tempistiche e la specificazione degli enti formatori fra quelli accreditati).
- ⇒ A trasmettere entro il 31 dicembre di ogni anno le certificazioni dell'avvenuto aggiornamento a pena della perdita del requisito d'esperienza previsto dalla DGR 124/2015 e s.m.i..
- ⇒ A far seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura (minori, adulti con disabilità, anziani, persone con disagio sociale, donne in difficoltà), finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato, a favorire l'approccio all'integrazione interprofessionale e per le strutture che ne necessitano, ad approfondire il particolare aspetto dell'integrazione sociosanitaria.
- ⇒ A redigere i programmi con la previsione delle tematiche di aggiornamento, con specifico riferimento alle diverse figure professionali, le tempistiche e la specificazione degli enti formatori fra quelli accreditati, nel rispetto di quanto previsto dai contratti collettivi di lavoro in riferimento alla formazione continua.
- ⇒

Data, ____/____/____

Firma _____

Allega CV, autocertificazione del possesso dei requisiti dichiarati (titolo di studio ed esperienza) e copia documento.

L' ente si riserva di richiedere ai soggetti menzionati per l'attestazione dell'esperienza le certificazioni attestanti la veridicità di quanto dichiarato (contratti, iscrizione INPS,INAIL, ecc)

Data, ____/____/____

Firma _____