



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)
  - 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
*			
<b>*riportare una delle seguenti denominazioni:</b> Animatore, Assistente sanitaria, Assistente sociale, Ausiliario socio assistenziale, Avvocato, Educatore prima infanzia, Educatore professionale, Infermiere professionale, Insegnante, Mediatore, Medico, Operatore socio sanitario, Ostetrica, Pedagogista, Profilo Amministrativo, Psicologo, Sociologo, Tecnico dei servizi sociali, Terapista della riabilitazione, 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.