|  |
| --- |
| **ELENCO DEL PERSONALE IN SERVIZIO** |
| Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………….., nato/a a …………………………… Prov (……..), il ………/……../……….. C.F. ……………………………………………….residente nel Comune di ………………………………………………. (Prov. ……….) in Via/Piazza ………………………………………………………… n. ………., in qualità di:* Legale Rappresentante del Soggetto Gestore ………………..……………………………………………..
* Persona delegata dal Legale Rappresentante del Soggetto Gestore …………………………………………………………….. con il ruolo di ………….………………………….…………

per l'UdO **COMUNITA’ EDUCATIVA / COMUNITA’ FAMILIARE / ALLOGGIO PER L’AUTONOMIA / COMUNITA’ ALLOGGIO DISABILI / ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI C.A.S.A. Comunità Alloggio Sociale Anziani** denominata “………………………………………………………………………” sita nel Comune di ……………………………….. in Via/P.za ………………………………… n ……..……,**DICHIARA** il **PERSONALE IN SERVIZIO** presso l’UdO per l'anno 20..…: |
| **n.** | **Nome e Cognome operatore** | **Qualifica (es. Coordinatore, operatore socio educativo, supervisore)** | **Tipologia di rapporto (consulente, dipendente, volontario)** | **Titolo di studio acquisito (es. diploma magistrale, laurea in psicologia)** | **Giorni di presenza (es. Lunedì, martedì...)** | **Dalle ore**  | **Alle ore** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Per le comunità educative:** Dichiaro che la fascia oraria diurna considerata dal gestore è dalle ore…………....…. alle ore……....……. |

Data di compilazione Firma per esteso del dichiarante

 ………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………….

*LEGENDA: 1)* Nella colonna “tipologia del titolo di studio” riferire la corretta denominazione del titolo e non genericamente “diploma” o “laurea”;

 2) Se il personale ha diverse tipologie di turni o ricopre più ruoli (es coordinatore ed operatore socio educativo), utilizzare più righe descrivendo ogni possibilità (es. operatore socio educativo il lunedì 8.00 – 12.00 e coordinatore il lunedì 12.00 – 14.00);

 3) Se fosse necessario compilare più righe di quelle disponibili nel modello, si chiede di compilare più modelli tutti firmati dal dichiarante.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa sul trattamento dei dati personali:** Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.lg.s n. 101/2018, il Titolare del trattamento dei dati personali è ATS della Città Metropolitana di Milano. Il Responsabile interno del trattamento è il Direttore della SC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali. Il trattamento sarà effettuato anche con mezzi informatici. Specifica informativa è pubblicata sul sito web: [www.ats-milano.it/privacy](http://www.ats-milano.it/privacy).