



CITTÀ DI SORSO
Servizio 3.2 Politiche Sociali

AVVISO PUBBLICO

PER MANIFESTAZIONI DI INTERESSE FINALIZZATE ALLA CONCESSIONE DELLA GESTIONE DEL CENTRO SERVIZI POLIVALENTE PER DISABILI PRESSO IL POLO SOCIALE SANT'ANNA

DIS-ABILITY

ELENCO PERSONALE PROPOSTO

Al Comune di Sorso

Servizio 3.2 Politiche Sociali

Procedura telematica tramite Sardegna CAT

Dati del sottoscrittore

Nome e Cognome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo di residenza _____
Qualifica (legale rappresentante / procuratore) _____

Dati dell'Ente

Denominazione Ente _____
Forma giuridica _____
Sede legale _____
C.F. / P. IVA _____
Iscrizione RUNTS / Registro Imprese _____
PEC e Telefono _____

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di legale rappresentante, presenta il seguente elenco del personale proposto per l'esecuzione del servizio:

N.	Servizio / Area	Ruolo / Figura professionale	Nome e Cognome	Titolo posseduto	Esperienza nel settore disabilità (≥24 mesi)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____



CITTÁ DI SORSO
Servizio 3.2 Politiche Sociali

N.	Servizio / Area	Ruolo / Figura professionale	Nome e Cognome	Titolo posseduto	Esperienza nel settore disabilità (≥24 mesi)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Qualora gli operatori proposti per ogni profilo professionale fossero più di uno, aggiungere la riga col nominativo subito sotto la figura principale.

SCHEDE ANALITICHE DEL PERSONALE

Compilare per ciascun operatore inserito nella tabella precedente

OPERATORE N. 1	
Nome e Cognome:	
Ruolo:	
Area di assegnazione:	
Titolo richiesto dal bando:	
Titolo posseduto:	
Ulteriori qualifiche:	
Iscrizione albo:	
Esperienza complessiva:	Indicare il numero di anni e mesi
Esperienza nella disabilità:	Indicare il numero di anni e mesi e per ciascuna esperienza indicare: Ente, Ruolo, Periodo
Principali incarichi:	
Monte ore settimanale:	



CITTÁ DI SORSO
Servizio 3.2 Politiche Sociali

Operatore N. 2	
Nome e Cognome:	
Ruolo:	
Area di assegnazione:	
Titolo richiesto dal bando:	
Titolo posseduto:	
Ulteriori qualifiche:	
Iscrizione albo:	
Esperienza complessiva:	Indicare il numero di anni e mesi
Esperienza nella disabilità:	Indicare il numero di anni e mesi e per ciascuna esperienza indicare: Ente, Ruolo, Periodo
Principali incarichi:	
Monte ore settimanale:	

OPERATORE N. 3	
Nome e Cognome:	
Ruolo:	
Area di assegnazione:	
Titolo richiesto dal bando:	
Titolo posseduto:	
Ulteriori qualifiche:	
Iscrizione albo:	
Esperienza complessiva:	Indicare il numero di anni e mesi
Esperienza nella disabilità*:	Indicare il numero di anni e mesi e per ciascuna esperienza indicare: Ente, Ruolo, Periodo
Principali incarichi:	
Monte ore settimanale:	

**In queste righe inserire sia l'esperienza maturata di 24 mesi, che non sarà oggetto di valutazione, sia le esperienze superiori ai 24 mesi, che saranno oggetto di valutazione.*

Aggiungere tante tabelle quanti sono gli operatori in elenco nella tabella iniziale.

Si dichiara che il personale sopra indicato è disponibile o formalmente impegnato alla disponibilità in caso di affidamento, nel rispetto dei requisiti richiesti dalla documentazione di gara.

Luogo e data: _____



ALLEGATO 5
Elenco personale proposto

CITTÁ DI SORSO
Servizio 3.2 Politiche Sociali

Firma _____