



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
INCLUSIONE

**M**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



ATSSardegna  
Azienda Tutela Salute  
ASSL Sassari

### Modello 6) – DICHIARAZIONE OPERATORI

**N.B.: il modulo deve essere firmato, in quanto dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, da ogni singolo soggetto, con allegato il documento di identità.**

**In mancanza di firma e/o documento d'identità la dichiarazione del relativo professionista non sarà presa in considerazione.**

CAMPO	NOME DEL CAMPO	LEGENDA
1	FIGURA PROFESSIONALE	Campo già compilato. Sono stati predisposti ulteriori spazi nei quali il concorrente può indicare ulteriori figure professionali sulla base della propria proposta progettuale
2	NOME E COGNOME	Indicare il nome e il cognome della figura professionale
3	SESSO	Indicare M (maschio) o F (femmina)
4	TITOLO DI STUDIO	Indicare il titolo di studio richiesto come da Req. 1 allegato A
5	DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO	Specificare la data di conseguimento del titolo di studio (giorno, mese e anno)
6	ENTE CHE HA RILASCIATO IL TITOLO DI STUDIO (UNIVERSITÀ, SCUOLA SUPERIORE O ENTE DI FORMAZIONE)	Specificare l'Ente (denominazione e sede) presso la quale è stato conseguito il titolo in base alla figura professionale
7	DATA INIZIO E DATA FINE DEL CORSO	Indicare la date di inizio e di fine del corso con giorno, mese, anno
8	DURATA DEL CORSO ESPRESSA IN ORE	Indicare le ore complessive del corso frequentato
9	ESPERIENZA PROFESSIONALE	Indicare il tipo di esperienza lavorativa maturata.
10	COMMITTENTE/DATORE DI LAVORO DELL'ESPERIENZA LAVORATIVA	Indicare denominazione e indirizzo del soggetto committente/datore di lavoro presso il quale è stata acquisita l'esperienza lavorativa
11	DATA INIZIO E DATA FINE DELL'ESPERIENZA LAVORATIVA	Indicare la date di inizio e di fine di ogni singola esperienza lavorativa con giorno, mese, anno
12	DURATA ESPERIENZA LAVORATIVA (ANNI E MESI)	Sulla base di quanto dichiarato al precedente punto 13 indicare la durata dell'esperienza professionale svolta
13	FIRMA	Sottoscrizione del singolo professionista

ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI DOMICILIARI - TRIENNIO 2022-2024  
 CIG 884879831D CUP B21H19000050001

**MOD. 6 ) – DICHIARAZIONE OPERATORI**

REQUISITI DI QUALIFICAZIONE PER IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI DOMICILIARI: INDICATORI -Requisito 1 ALL. A

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, a tal fine allegando copia del proprio documento di identità, ciascun sottoscrittore della presente dichiara i titoli di studio e le esperienze di cui al Requisito 1 dell'Allegato A – Capacità organizzative e gestionali- REQUISITI DI QUALIFICAZIONE PER IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI DOMICILIARI e di seguito riportati:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>GRUPPO DI LAVORO MINIMO</b>												
Figura professionale	Nome e cognome	Sesso (M o F)	TITOLO DI STUDIO RICHIESTO COME DA REQUISITO 1 DELL'ALLEGATO A	Titolo di studio e data conseguimento	Ente che ha rilasciato il titolo di studio (Università, Scuola Superiore o Ente di Formazione)	Data inizio e data fine	Durata espressa in ore	ESPERIENZA PROFESSIONALE RICHIESTA COME DA REQUISITO 1 DELL'ALLEGATO A	Committente/Datore di lavoro dell'esperienza lavorativa	Data inizio e Data fine	Durata esperienza lavorativa (anni e mesi)	FIRMA
COORDINATORE DEL SERVIZIO								Esperienza di coordinamento di almeno 2 anni in servizi con caratteristiche di complessità analoghe a quelle in affidamento _____ _____ _____ _____				
								Strumenti di conoscenza del modello teorico operativo " Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione (PIPPi) _____ _____ _____ _____				
EDUCATORE SET								Esperienza di almeno 12 mesi, anche non continuativi, in servizi di educativa territoriale _____ _____ _____ _____				
								Strumenti di conoscenza del modello teorico operativo " Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione (PIPPi) _____ _____ _____ _____				
EDUCATORE ISED								Esperienza di almeno 12 mesi, anche non continuativi in qualità di educatore in servizi socio-educativi, rivolti alla disabilità _____ _____				

