MODULO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI INDETTA DAL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 DI GIARRE

Al Distretto Socio Sanitario n° 17
Via Callipoli, 81
95013 - GIARRE

Il sottoscritto é , nato a é é é ..é il é é é é é é é chiede di essere ammesso alla selezione pubblica per titoli indetta dal Distretto Socio-Sanitario n. 17 di Giarre pubblicata all'Albo Comunale in data e diffuso sul Web all'indirizzo www.comune.giarre.ct.it, per la realizzazione del progetto: Sostegno anziani a domicilio ï Piano di azione e coesione servizi di assistenza domiciliare anziani non autosufficienti II^ RIPARTO , che prevede l'impiego della seguente figura:

a) selezione per n. 1 posto di Assistente Sociale con incarico di .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/'00 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/'00, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere dichiara:

COGNOME					
NOME					
DATA DI NASCITA					
LUOGO DI NASCITA		PROV			
RESIDENTE A		PROV		CAP	
VIA		N.			
CITTADINANZA ITALIANA	SI				
CONDANNE PENALI	NO				
TITOLO DI STUDIO					
Conseguito in data					
Presso					
ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE					

Dalla data

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA SELEZIONE:

VIA N.

COMUNE PROV CAP

TELEFONO

allega alla presente fotocopia di un documento valido di identità e curriculum vitae corredato da autocertificazione.

Data _____

Firma (f)

_____

DATI GENERALI		
		Dati
	Regione di appartenenza	Sicilia
	Tipologia di Servizio	Spese per il funzionamento del/dei PUA
	Titolo del Progetto	
	Localizzazione	
	Soggetto attuatore	
	R.U.P.	
	N. telefono del RUP	
	Mail del RUP	
DESCRIZIONE Dell'intervento DA FINANZIARE		
	Descrizione del servizio	
	Modalità acquisizione dei servizi	appalto di servizio ex D.lgs 163/2006 e ss.mm.ii. da bandire
	Descrizione delle modalità di acquisizione dei servizi	
	CCNL applicato per le spese di personale	CCNL Cooperative
	Articolo dell'Accordo in cui si descrive il PUA	
	Descrizione degli impegni dell'Asl	
	Numero di PUA presenti nell'Ambito/Distretto	
	Ore settimanali di apertura del PUA (oggetto di finanziamento)	
	Numero di PUA per i quali si richiede il finanziamento	
	Organigramma per ciascun PUA (personale da finanziare)	
	N. Assistenti Sociali destinati ad Accesso, Presa in Carico e Valutazione	
DISTRIBUZIONE TEMPORALE DEL SERVIZIO PROGRAMMATA		
		1° semestre 2015
	Mesi di servizio oggetto di finanziamento	
	Numero ore di servizio (oggetto di finanziamento) previste per ciascun PUA	606 ore di se
	Mesi di servizio (oggetto di finanziamento) previsti	10 mesi di se
	settimane di servizio (oggetto di finanziamento) previste	43,33 setti
INFORMAZIONI RELATIVE AI COSTI		
	Il soggetto che paga i servizi oggetto della scheda di intervento, incassa delle somme dagli utenti in ragione della componente sociale dei servizi domiciliari (anche	No