

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER SOLI TITOLI DA UTILIZZARE PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI IN REGIME LIBERO-PROFESSIONALE PER "COLLABORATORE PROFESSIONALE INFERMIERE" DA DESTINARE ALLE STRUTTURE GESTITE DALL'AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA DEL FORLIVESE

DATA SCADENZA DOMANDE ORE 13.00 DEL 27/12/2022

Vista l'urgente necessità di rafforzare il servizio infermieristico presso le strutture di ASP del Forlivese e considerato che si è ritenuto necessario anche prevedere l'introduzione di turni infermieristici notturni per eventuale sorveglianza sanitaria in strutture con nucleo CoVid;

SI RENDE NOTO

che con Determinazione nr. **317 del 09/12/2022** del Direttore Vicario nonché Responsabile del Servizio Risorse Umane, Affari Generali, Organizzazione e Pianificazione, questa **Azienda Servizi alla Persona del Forlivese (ASP)** – ente pubblico non economico – con sede in Via Piccinini n. 66 – 47016 Predappio, **indice procedura pubblica per la formazione di un "elenco di idonei" per soli titoli da utilizzare per l'eventuale conferimento di incarichi in regime libero professionale per "Infermiere" da destinare alle proprie Strutture Residenziali**. Si dà espressamente atto che il presente avviso viene pubblicato nel rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, fermo restando il carattere fiduciario degli incarichi di natura libero-professionale eventualmente conferiti.

TRATTAMENTO ECONOMICO:

Il trattamento economico attribuito per gli incarichi conferiti alle figure sanitarie per la qualifica di "Infermiere" è stato fissato nell'importo orario omnicomprensivo di **€. 23,50** per il servizio feriale e **€. 27,60** per il servizio festivo; **€. 27,60** per eventuale servizio notturno feriale, **€. 33,00** per eventuale servizio notturno festivo.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA:

- a) Titolo di Studio: Laurea in Scienze Infermieristiche, oppure diploma di Infermiere Professionale; per i titoli conseguiti all'estero è richiesto il provvedimento ministeriale di riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio professionale in Italia, secondo la vigente normativa in materia;
- b) Iscrizione Ordine delle Professioni Infermieristiche (O.P.I.);
- c) adeguata esperienza lavorativa, risultante dal curriculum, effettuata in Italia presso strutture sanitarie e/o strutture residenziali socio-assistenziali o socio-sanitarie per anziani;
- d) Possesso di regolare partita IVA ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi (all'atto della stipulazione del contratto d'incarico).
- e) Regolare possesso dei crediti ECM;
- f) possesso della patente di categoria B;
- g) conoscenza delle apparecchiature informatiche e dei software più diffusi;
- h) idoneità fisica alla mansione.

Sono ammessi alla procedura anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea, nonché di Stati extracomunitari, in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblico, aventi adeguata conoscenza della lingua italiana, purché in regola secondo le vigenti disposizioni in materia di permesso di soggiorno in Italia, ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i. Per tutti i cittadini stranieri è richiesta un'adeguata conoscenza della lingua italiana sia parlata che scritta, idonea a sostenere un normale colloquio con l'utente del servizio e con l'équipe professionale e per consentire la corretta compilazione della documentazione sanitaria.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA:

Le domande di ammissione alla procedura, redatte su carta semplice secondo il modello allegato al presente avviso (ALLEGATO A), dovranno pervenire – a pena di esclusione – all'Ufficio Protocollo dell'ASP entro e non oltre le ore **13.00** del giorno **27/12/2022** con una delle seguenti modalità:

- presentazione a mezzo Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: aspforlivese@pec.aspforlivese.it con oggetto: "Domanda partecipazione Procedura Comparativa Infermieri P.IVA";
- presentazione a mezzo posta elettronica semplice al seguente indirizzo: info@aspforlivese.it con oggetto: "Domanda partecipazione Procedura Comparativa Infermieri P.IVA";

Non saranno ammesse le domande pervenute oltre le ore 13.00 del giorno 27/12/2022. L'Amministrazione non assume nessuna responsabilità per il mancato/tardivo recapito della domanda nel caso in cui la stessa sia presentata tramite email semplice.

Indipendentemente dalla modalità scelta per la presentazione ad ASP del Forlivese della domanda di ammissione (ALLEGATO A), ad essa dovrà essere allegata copia integrale di valido documento di identità del candidato.

I candidati dovranno inoltre compilare e presentare in carta semplice lo schema allegato al presente avviso (ALLEGATO B), datato e firmato, nel quale indicare gli studi compiuti, le attività precedentemente svolte, le Strutture presso cui l'attività è stata svolta e le attività di aggiornamento professionale (partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero).

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione Amministrativa dell'A.S.P. (tel. 0543/1900837 – fax 0543/1900838 e-mail info@aspforlivese.it; PEC aspforlivese@pec.aspforlivese.it; esclusivamente dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

COMMISSIONE:

Un'apposita Commissione Interna provvederà all'accertamento dell'idoneità dei candidati e al relativo inserimento in elenco.

CRITERI DI SELEZIONE:

La Commissione, nella valutazione dei titoli, dovrà tenere in considerazione le caratteristiche professionali che i candidati dimostreranno di possedere, valutando in particolare le esperienze già maturate nel settore dell'attività di riferimento, sia in relazione a precedenti incarichi svolti sia in riferimento a documentate competenze di studio.

CRITERI DI VALUTAZIONE:

Punti 10 per TITOLI DI STUDIO; punti 7 per TITOLI DI SERVIZIO; punti 3 per CURRICULUM VITAE. I titoli posseduti e dichiarati nella domanda dai candidati verranno valutati secondo i seguenti criteri, con un punteggio complessivo massimo attribuibile pari a punti 20:

- **TITOLI DI STUDIO – fino ad un massimo di punti 10**

Nel presente bando costituirà oggetto di valutazione esclusivamente il **VOTO DI LAUREA** conseguito in una delle discipline indicate all'art. 2, comma 5. Ciò premesso, i complessivi 10 punti disponibili per i titoli di studio sono così attribuiti:

- punteggio 0 al diploma di laurea conseguito con la votazione minima (66/110);
- punteggio di 10 al diploma di laurea conseguito con la votazione massima (110).
- votazioni intermedie - ad esse è assegnato un punteggio proporzionale in base alla seguente formula:

$$\frac{\text{Voto di laurea} - V_{\min}}{V_{\max} - V_{\min}} \times 10$$

V_{\min} è la votazione minima per conseguire il diploma (66/110)

V_{\max} la votazione massima conseguibile (110/110)

In caso di possesso di più lauree fra quelle indicate all'art. 2 comma 5 del presente bando ne verrà valutata una sola, quella a cui viene attribuito il punteggio maggiore.

Nota Bene: In mancanza dell'indicazione della votazione sarà attribuito il punteggio minimo.

• **TITOLI DI SERVIZIO – fino ad un massimo di punti 7**

Nel presente bando, costituiranno oggetto di valutazione esclusivamente i **TITOLI DI SERVIZIO SPECIFICO**, cioè il servizio prestato con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

Ciò premesso i complessivi 7 punti disponibili per titoli di servizio sono così attribuiti:

- Servizio prestato presso P.A. di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001 con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato/indeterminato (anche nell'ambito di rapporti di somministrazione) in categoria professionale pari a quella del posto messo a concorso:

- punti 1,00 per ogni anno
- punti 0,083 per ogni mese

- Attività lavorativa prestata presso datore di lavoro privato e incarichi in libera professione purché in area di attività e posizioni di lavoro attinenti alla professionalità richiesta:

- punti 0,50 per ogni anno
- punti 0,042 per ogni mese

Il servizio viene valutato sino alla data di scadenza del presente bando, oppure fino alla data di rilascio di certificazione se precedente, e fino alla concorrenza del punteggio massimo attribuibile di 7,00 punti.

Le frazioni di mese superiori o uguali a gg. 15 vengono valutate come mese intero, mentre quelle inferiori a 15 giorni non sono valutate.

Il servizio prestato a tempo parziale viene valutato proporzionalmente. L'orario di lavoro superiore o uguale a 18 ore settimanali viene valutato come orario pieno, mentre l'orario di lavoro inferiore a 18 ore settimanali sarà valutato al 50%.

Nel caso in cui il candidato non indichi la tipologia di rapporto (tempo pieno/parziale) o la percentuale di part time, il servizio non sarà considerato.

Nota Bene: Saranno considerati i soli titoli di servizio specificati compilando l'**Allegato B**) al presente bando di selezione.

Nota importante:

Il servizio prestato presso Enti Pubblici/Pubbliche Amministrazioni, con contratto di lavoro stipulato direttamente con il datore di lavoro pubblico dovrà essere documentato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, utilizzando l'apposito **Allegato B**) al presente bando, oppure mediante certificato e/o attestato di servizio rilasciato dall'Ente Pubblico datore di lavoro, purché rilasciato prima del 1° gennaio 2012 (data di entrata in vigore della L. 183/2011 che ha modificato il DPR 445/2000, vietando alle PA il rilascio di certificati da produrre ad altre PA). Si rammenta, infatti, che dal 1.1.2012 è entrata in vigore la Legge 183/2011 che ha modificato il DPR 445/2000; da tale data alle Pubbliche amministrazioni E' VIETATO rilasciare certificati da produrre ad altre Pubbliche amministrazioni. Poiché eventuali certificati rilasciati successivamente DEVONO recare, ai sensi di legge, la dicitura "la presente certificazione non può essere presentata ad altre Pubbliche Amministrazioni", gli stessi non potranno essere accettati NE' VALUTATI. Per vedersi valutati periodi di servizio resi dopo l'1.1.2012, i candidati devono utilizzare la dichiarazione sostitutiva di certificazione, utilizzando lo schema di cui all'**Allegato B**) al presente bando, da compilare accuratamente inserendo tutte le informazioni richieste.

Il servizio prestato in regime di somministrazione di lavoro in missioni svolte presso Enti Pubblici/Pubbliche Amministrazioni, con contratto stipulato con Agenzie di somministrazione (datore di lavoro privato), dovrà essere documentato mediante dichiarazione e/o attestato di servizio rilasciato dal datore di lavoro, nel quale dovrà comunque risultare evidente che l'attività è stata prestata presso pubbliche amministrazioni in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

Il servizio prestato presso datori di lavoro privati, dovrà essere documentato mediante dichiarazione e/o attestato di servizio rilasciato dal datore di lavoro, nel quale dovrà comunque risultare evidente che l'attività è stata prestata in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione dovranno contenere tutte le indicazioni necessarie per consentirne il controllo, anche a campione, da parte di questa Amministrazione. Non sarà attribuito alcun punteggio ai titoli di servizio qualora nei documenti presentati a corredo della domanda di partecipazione non vengano indicati tutti gli elementi richiesti: categoria/qualifica/profilo, denominazione e recapiti datore di lavoro, data esatta di inizio e di fine rapporto (giorno, mese ed anno), tipologia di contratto, tempo pieno o part-time con indicazione della percentuale.

- **CURRICULUM VITAE – fino ad un massimo di punti 3**

I complessivi 3 punti disponibili per curriculum vitae sono così attribuiti:

- a) diplomi professionali, non richiesti come requisito essenziale per la partecipazione, purché attinenti al posto messo a selezione;
- b) corsi di perfezionamento e/o aggiornamento professionale, partecipazione a convegni, congressi, seminari attinenti alle funzioni del posto a prova selettiva.

Tutti i titoli per essere valutati devono essere verificati dalla Commissione Esaminatrice.

Non sono valutate le idoneità conseguite in concorsi.

CONFERIMENTO INCARICO:

L'eventuale conferimento dell'incarico di natura libero-professionale sarà disposto, mediante stipulazione di apposito contratto, attingendo dall'elenco degli idonei predisposto dalla Commissione di cui sopra, previa presentazione della documentazione (comprovante il possesso dei requisiti) richiesta nel presente avviso.

La partecipazione alla presente procedura e l'inserimento nei relativi elenchi non comportano per i candidati il diritto ad ottenere il conferimento di incarichi libero - professionali presso questa Azienda, che procederà all'eventuale conferimento di detti incarichi sulla base delle proprie effettive necessità organizzative; così pure rientra nell'esclusiva autonomia organizzativa dell'Azienda ogni valutazione in merito alla durata dell'incarico da conferire ed il relativo monte-ore massimo di prestazioni da svolgere.

Il candidato dovrà attestare, al momento dell'incarico, di non avere rapporti in contrasto con il presente incarico e che non sussistono a proprio carico condizioni ostative alla capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione.

L'eventuale incarico non instaura alcun rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione conferente, bensì un rapporto meramente temporaneo di natura libero professionale relativo allo svolgimento dell'attività oggetto dell'avviso e soggetto alla disciplina delle norme sul lavoro autonomo ai sensi degli artt. 2229 e segg. del codice civile, anche relativamente ai termini di recesso.

Per l'affidamento dell'incarico è richiesto il possesso di P.IVA e copertura assicurativa personale, a spese del professionista, per la copertura dei rischi da infortuni e per responsabilità professionale derivante da danni provocati a terzi (persone o cose) in conseguenza allo svolgimento delle predette attività.

Per la natura dell'incarico l'ASP del Forlivese è esonerata da qualsiasi responsabilità per eventuali danni fisici e materiali che il professionista incaricato possa subire nello svolgimento dell'incarico *de quo* tranne quelli dipendenti da fatto dell'Azienda stessa e/o dei suoi dipendenti.

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA:

CON IL PRESENTE AVVISO NON È POSTA IN ESSERE ALCUNA PROCEDURA CONCORSUALE.

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE PERVENUTE NON VINCOLANO L'AMMINISTRAZIONE E NON COSTITUISCONO DIRITTI O INTERESSI LEGITTIMI A FAVORE DEI SOGGETTI PARTECIPANTI.

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA HANNO IL SOLO SCOPO DI MANIFESTARE LA DISPONIBILITÀ ALL'INCARICO E DI ATTESTARE IL POSSESSO DEI REQUISITI PRESCRITTI. L'AMMINISTRAZIONE SI RISERVA LA FACOLTÀ DI NON PROCEDERE AL CONFERIMENTO DI ALCUN INCARICO SENZA CHE POSSA ESSERE AVANZATA ALCUNA PRETESA DA PARTE DEI PARTECIPANTI ALLA PRESENTE PROCEDURA.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – REGOLAMENTO UE 2016/679:

I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'A.S.P. – Direzione Amministrativa – e trattati presso una banca dati sia automatizzata che cartacea per le finalità inerenti la gestione della procedura, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di collaborazione per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, nonché per adempiere a specifici obblighi imposti da leggi, regolamenti, normativa comunitaria.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dall'avviso per il conferimento dell'incarico.



Azienda Servizi alla Persona del Forlivese

Via Piccinini, 66 – 47016 Predappio (FC)
Codice fiscale/Partita IVA 03882990405
Telefono [0543 1900837](tel:05431900837) Fax [0543.1900838](tel:05431900838)
Email: info@aspforlivese.it
PEC: aspforlivese@necinpec.it

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza in attuazione del Regolamento UE 2016/679.

Titolare del Trattamento dati: ASP DEL FORLIVESE nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore Dr. Sauro Urbini - TEL.0543.1900837 - EMAIL info@aspforlivese.it PEC aspforlivese@pec.aspforlivese.it.

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) TEL. 490998416 EMAIL dpo@robyone.net PEC dpo.robyone@ronepec.it

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione Amministrativa dell'A.S.P. (tel. 0543/1900837– fax 0543/1900838 e-mail info@aspforlivese.it; PEC: aspforlivese.@pec.aspforlivese.it esclusivamente dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.

In Predappio, il 09/12/2022

Azienda Servizi alla Persona del Forlivese
Il Direttore Vicario
F.to Dott.ssa Barbara Bresciani
(documento sottoscritto digitalmente)

ALLEGATO "A" - DOMANDA (in carta semplice)

Spett.le Azienda di Servizi alla Persona del Forlivese
Direzione Generale - Protocollo
Via Piccinini n. 66
47016 PREDAPPIO (FC)
aspforlivese@nexinpec.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

residente in via/piazza _____ nr. _____

a _____ prov. _____ cap _____

tel. nr. _____ fax (eventuale) nr. _____

cell. nr. _____

email _____ @ _____

pec _____ @ _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura pubblica per la formazione di graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per **Infermiere**, da destinare alle proprie Strutture. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

(barrare quanto interessa)

- di essere nato/a in data e luogo sopra riportati;
- di essere residente nel luogo sopra riportato;
- essere cittadino/a italiano/a;
- (**solo per i cittadini della Comunità Europea**) di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____
- (**solo per i cittadini di Stati extracomunitari**) di essere cittadino del seguente Stato extracomunitario: _____

(**solo per i cittadini italiani**) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

Prov. _____

oppure: _____

_____ (indicare i motivi della mancata iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali)

di avere conseguito il titolo di studio di: _____

nell'anno: _____ presso: _____

con la seguente valutazione: _____

- di essere iscritto all'Albo Professionale degli Infermieri Professionali (I.P.A.S.V.I.) nel Collegio di: _____ al nr. _____
- di non avere riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso;
oppure di aver riportato le seguenti condanne penali o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti –
precisando eventuali provvedimenti di amnistia, condono, indulto o perdono giudiziario (*cancellare se non
interessa*): _____
- di essere fisicamente idoneo all'esercizio delle mansioni previste per la figura di Infermiere Professionale;
- (**solo per i cittadini della Comunità Europea**) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, nonché di
godere dei diritti civili e politici anche in (*indicare lo Stato di appartenenza o di provenienza*) _____
_____ ovvero – (*indicare i motivi del mancato
godimento*): _____
- (solo per i cittadini di Stati extracomunitari)** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, nonché di
godere dei diritti civili e politici anche in (*indicare lo Stato di appartenenza o di provenienza*) _____
_____ ovvero – (*indicare i motivi del mancato
godimento*): _____
- di eleggere domicilio agli effetti della presente procedura all'indirizzo sopra riportato, presso il quale deve
essere fatta – ad ogni effetto - qualsiasi comunicazione, anche a mezzo fax o posta elettronica;
- di essere disponibile ad effettuare un monte ore massimo di nr. _____ ore mensili.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del
REGOLAMENTO UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data _____

firma _____

DATA SCADENZA DOMANDA 27/12/2022 ORE 13.00

ALLEGARE ALLA DOMANDA FOTOCOPIA INTEGRALE DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ

ALLEGATO “B” - CURRICULUM (in carta semplice)

In relazione alla domanda di ammissione alla **procedura pubblica per la formazione di graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per “Infermiere”** indetta da Azienda Servizi alla Persona del Forlivese, via Piccinini nr. 66 – 47016 Predappio (FC) il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome/Cognome: _____
 Data di nascita: _____
 Nazionalità: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	

Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	
Date (da – a) (giorno/mese/anno)	
Orario di lavoro (Se a part time indicare il nr. di ore settimanali)	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di azienda o settore	
Tipo di impiego	
Principali mansioni e responsabilità	

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Date (da – a) (giorno/mese/anno) Totale ore di formazione conseguite	
Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
Qualifica conseguita	
Abilitazione professionale (iscrizione Albi professionali)	
Date (da – a) (giorno/mese/anno) Totale ore di formazione conseguite	
Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	
Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
Qualifica conseguita	
Abilitazione professionale (iscrizione Albi professionali)	
Date (da – a) (giorno/mese/anno) Totale ore di formazione conseguite	
Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
Qualifica conseguita	
Abilitazione professionale (iscrizione Albi professionali)	
Date (da – a) (giorno/mese/anno) Totale ore di formazione conseguite	
Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	
Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
Qualifica conseguita	
Abilitazione professionale (iscrizione Albi professionali)	

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI <i>Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.</i></p>	
--	--

MADRELINGUA: _____

ALTRE LINGUE:

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione

[Indicare la lingua]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione

[Indicare la lingua]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI <i>Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
---	---

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE</p> <p><i>Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc. squadra (ad es. cultura e sport), ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE</p> <p><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE</p> <p><i>Competenze non precedentemente indicate.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>ULTERIORI INFORMAZIONI</p>	<p>[Inserire qui ogni altra informazione che si ritenga pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]</p>



Azienda Servizi alla Persona del Forlivese

Via Piccinini, 66 – 47016 Predappio (FC)
Codice fiscale/Partita IVA 03882990405
Telefono [0543 1900837](tel:05431900837) Fax [0543 1900838](tel:05431900838)
Email: info@aspforlivese.it
PEC: aspforlivese@nexinpec.it

PATENTE O PATENTI: _____

ALLEGATI

(Se del caso): indicare gli allegati alla Domanda e al Curriculum vitae:

Luogo e data _____

firma _____