|  |
| --- |
| **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 ………………………………………………………………………………….. *(specificare denominazione ragione sociale)*
* Sindaco del Comune di ……………………………………………………………….
* Dirigente Responsabile ………………………......................................

per l'UdO ASILO NIDO / MICRONIDO / CENTRO PRIMA INFANZIA / NIDO FAMIGLIA / CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE / CENTRO RICREATIVO DIURNO / CENTRO DIURNO ANZIANI / CENTRO SOCIO EDUCATIVO denominata “………………………………………………………………………” sita nel Comune di ……………………………….. in Via/P.za ………………………………… n ……..…… DICHIARA il personale in servizio presso l’UdO per l'anno educativo 20..…/20……: |
| **n.** | **Nome e Cognome operatore** | **Qualifica (es. Coordinatore, operatore socio educativo, cuoco)** | **Tipologia di rapporto (consulente, dipendente, volontario)** | **Titolo di studio acquisito (es. diploma magistrale, laurea in psicologia)** | **Giorni di presenza** | **Dalle ore**  | **Alle ore** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| (\*) Dichiaro che è garantita per il coordinatore e gli operatori socio educativi sopra evidenziati la partecipazione ad eventi di formazione per le ore dovute, secondo la normativa regionale vigente e specifica per ogni diversa tipologia di Unità d’Offerta. |

Data di compilazione Firma per esteso del dichiarante

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

**Allegare copia di un documento d’identità del dichiarante in corso di validità.**

*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.

**(\*)** Da compilare solo per gli ASILI NIDI, MICRONIDI, CENTRI PRIMA INFANZIA, CENTRI SOCIO EDUCATIVI gestiti direttamente dal Comune singolo o dai Comuni associati e per gli ASILI NIDO a gestione privata

**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 UOC 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)