

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (L- 675/96)

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Tel. _____ fax _____

Iscritto all'Albo professionale degli Assistenti Sociali della Regione Lombardia con N. _____

Diploma base (es. maturità magistrale, liceo scientifico...) _____

Data diploma A.S. _____ (è sufficiente l'anno)

Sede diploma A.S. _____

(es. Università Statale di Milano, Università Cattolica)

Altro titolo di studio (solo laurea o altro D.U.) _____

Condizione professionale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente pubblico | <input type="checkbox"/> dipendente pubblico tempo determinato |
| <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa | <input type="checkbox"/> dipendente privato |
| <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Pensionato | <input type="checkbox"/> occupato altra attività (non A.S.) |
| <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale come A.S. | <input type="checkbox"/> manager pubblico o privato |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Qualifica contrattuale _____

Anni complessivi di lavoro (arrotondare all'anno) _____

ENTE da cui si dipende (per i dipendenti) _____

(es. ASL Bergamo; Comune di Como; Ministero degli interni, Cooperativa...)

ENTE/I per cui si opera _____

(per chi ha contratto coordinato e continuativo; per liberi professionisti)

Denominazione UFFICIO _____

(es. SERT, CSSA, USSM, Prefettura Milano, Ufficio Servizio Sociale, Distretto di Cologno M.)

Indirizzo e telefono UFFICIO _____

SETTORE DI LAVORO E RESPONSABILITA' (una sola scelta ad indicare il settore prevalente)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Distretto | <input type="checkbox"/> Igiene mentale |
| <input type="checkbox"/> Alcool/Tossicodipendenze | <input type="checkbox"/> Anziani |
| <input type="checkbox"/> Handicap | <input type="checkbox"/> Giustizia Minori |
| <input type="checkbox"/> Giustizia adulti | <input type="checkbox"/> Formazione |
| <input type="checkbox"/> Extracomunitari/Rom | <input type="checkbox"/> Coordinamento - Programmazione o Referente Strutture/Servizi |
| <input type="checkbox"/> Minori | <input type="checkbox"/> Coordinatore Sociale di Distretto |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Dichiaro di concedere il mio assenso all'utilizzo dei dati da parte dell'Ordine degli Assistenti sociali della regione Lombardia, a fini di studio e ricerca e alla trasmissione ad Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta per scopi coerenti con le finalità dell'Ordine di documentazione informativa, didattica e ricerca (L. 675/96)

Firma _____

_____ li _____