

Curriculum Operatori

Il sottoscritto:

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ residente in _____ prov. _____ cap. _____

Via _____ n. _____ nella qualità di Presidente e/o legale rappresentante di _____ appartenente ad una delle seguenti categorie:

organizzazione senza scopo di lucro:

impresa/associazione di categoria:

ente di formazione accreditato:

con sede legale a _____ in Via _____ n. _____

con sede amministrativa a _____ in Via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA _____ N. Tel. _____

N.fax _____ indirizzo e-mail _____ eventuale sito web _____

Dichiara

Che l'ente dispone delle seguenti risorse professionali

(Per ciascun operatore dovranno essere compilate le seguenti tabelle, riportando le informazioni in modo chiaro e preciso)

TITOLO DI STUDIO

Per la figura di _____

Nome e Cognome	Profilo Professionale attuale	Titolo di Studio	Università	Data di conseguimento

ESPERIENZA PROFESSIONALE

Esperienza professionale: Esperienze di lavoro maturate in qualità di _____ in servizi analoghi a quello di cui al presente avviso

Nome e Cognome		
Tipologia/denominazione Servizio	Ente per il quale è stato svolto	Periodi di servizio (indicare il numero di mesi o di anni)

Data

Firma del Legale Rappresentante

