

ALLEGATO 2

SCHEDA ANAGRAFICA IDENTIFICATIVA DELL'ORGANIZZAZIONE PER L'ACCREDITAMENTO ADM/SAD.

Denominazione organizzazione.....

P.IVA/C.F.

Eventuale sito Web:

Sede legale: Comune diVia.....
Telefono.....
Fax:
E-mail

Sede operativa: Comune diVia.....
Telefono.....
Fax:
E-mail
Apertura al pubblico nei giorni di:
Nei seguenti orari:.....

Altre sedi:
.....

Responsabile Amministrativo/Contabile:
Telefono.....

Responsabile della sede operativa:.....
Telefono.....

Responsabile del personale **SAD**:.....
Telefono.....

Responsabile del personale **ADM**:.....
Telefono.....

Si allegano :

- *Elenco nominativo del personale che l'organizzazione prevede di assegnare per lo svolgimento delle prestazioni (precisando se relative all'ADM o al SAD) con l'indicazione del titolo professionale posseduto.*
- *Documentazione in copia delle attestazioni professionali possedute dal personale.*

Il Settore Servizi Sociali Politiche abitative e Sanità del Comune di Pavia si riserva di verificare la documentazione comprovante quanto dichiarato.

Data.....

Il legale Rappresentante dell'Ente
.....