

AGGIORNA I TUOI DATI PER L'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DELLA LIGURIA

COGNOME					
NOME					
CODICE FISCALE					
RESIDENZA					
Città/Paese		Sigla Provincia		CAP	
Via/Piazza					N°
DOMICILIO (se diverso dalla residenza):					
Città/Paese		Sigla Provincia		CAP	
Via/Piazza					N°
TELEFONO FISSO					
TELEFONO MOBILE					
E-MAIL					

CONDIZIONE PROFESSIONALE

ENTE	
Denominazione ente:	
Sede di lavoro:	
Telefono	
Fax	
E-mail	

TIPO ENTE			
<input type="checkbox"/>	Comune	<input type="checkbox"/>	Azienda Pubblica Servizi Persona
<input type="checkbox"/>	ASL-ASO	<input type="checkbox"/>	Fondazione
<input type="checkbox"/>	Ministero Giustizia	<input type="checkbox"/>	Ente religioso
<input type="checkbox"/>	Ministero Interno	<input type="checkbox"/>	Università
<input type="checkbox"/>	Ministero Lavoro	<input type="checkbox"/>	Libera professione
<input type="checkbox"/>	INPS-INAIL	<input type="checkbox"/>	Disoccupato
<input type="checkbox"/>	Associazione	<input type="checkbox"/>	Altro
<input type="checkbox"/>	Cooperativa	<input type="checkbox"/>	

TIPO CONTRATTO			
<input type="checkbox"/>	Tempo determinato	<input type="checkbox"/>	a progetto
<input type="checkbox"/>	Tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>	prestazione occasionale

TIPO SERVIZIO			
<input type="checkbox"/>	Ambito territoriale sociale	<input type="checkbox"/>	Territoriale-Accoglienza
<input type="checkbox"/>	Distretto sociosanitario	<input type="checkbox"/>	Formazione-Supervisione
<input type="checkbox"/>	Dipartimento sanitario	<input type="checkbox"/>	Progettazione-Consulenza
<input type="checkbox"/>	Distretto sanitario	<input type="checkbox"/>	Amministrativo-Patronato
<input type="checkbox"/>	Ospedale	<input type="checkbox"/>	Informazione-Orientamento
<input type="checkbox"/>	Residenziale	<input type="checkbox"/>	Altro
<input type="checkbox"/>	Semiresidenziale-diurno		

TIPO UTENZA (prevalente)			
<input type="checkbox"/>	Minori e famiglia	<input type="checkbox"/>	Tossicodipendenza
<input type="checkbox"/>	Adulti	<input type="checkbox"/>	Stranieri-nomadi
<input type="checkbox"/>	Anziani	<input type="checkbox"/>	Senza fissa dimora
<input type="checkbox"/>	Disabili	<input type="checkbox"/>	Indifferenziata
<input type="checkbox"/>	Disagio psichico	<input type="checkbox"/>	Altro

RUOLO			
<input type="checkbox"/>	A.S. di base-collaboratore	<input type="checkbox"/>	A.S. responsabile/direttore
<input type="checkbox"/>	A.S. coordinatore	<input type="checkbox"/>	A.S. Dirigente
<input type="checkbox"/>	Docente	<input type="checkbox"/>	Altro

TITOLO DI STUDIO			
<input type="checkbox"/>	Laurea in Servizio sociale (Trieste-Lumssa)		
<input type="checkbox"/>	Diploma Universitario di Laurea triennale		
<input type="checkbox"/>	Diploma di Laurea specialistica-magistrale		
<input type="checkbox"/>	Diploma di assistente sociale (DPR 14/87 art 3 - SDFS)		
<input type="checkbox"/>	Diploma di assistente sociale (DPR 14/87 art 4 - PPAA)		
<input type="checkbox"/>	Diploma di assistente sociale (DPR 14/87 art 5 - convalida)		
<input type="checkbox"/>	Diploma di assistente sociale (DPR 14/87 art 6 - riconosciute)		
<input type="checkbox"/>	Altri titoli di studio		

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI D.LGS 196/03)

Il/La sottoscritto/a	
<i>Dichiaro di concedere il mio assenso alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati da parte dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Liguria</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>a fini della pubblicazione dell'Albo degli Iscritti, per la loro trasmissione, per scopi coerenti con le finalità istituzionali dell'Ordine, ad Enti pubblici che ne facciano richiesta scritta, per l'invio di pubblicazioni e bollettini informativi dell'Ordine.</i>
Firma (obbligatoria)	
<input type="checkbox"/>	<i>per la comunicazione di iniziative formative, didattiche, informative, culturali, editoriali organizzate da terzi, per comunicazioni relative a concorsi o offerte di lavoro, attraverso la trasmissione dei dati personali a gli enti e alle agenzie che ne facciano motivata richiesta.</i>
Firma (facoltativa)	
Data,	