

TABELLA DOTAZIONE PERSONALE

Il sottoscritto _____ legale rappresentante del concorrente

dichiara

1. di impiegare il seguente personale presso la struttura di _____

_____ denominata _____

qualifiche richieste	Personale utilizzato	Dipendente	Convenzionato
descrizione	Cognome, nome, data e luogo di nascita	(SI/NO)	(SI/NO)
Operatori diurni dalle 8:00 alle 20:00 7gg. 1 operatore presente per almeno 12 ore	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
Operatori notturni dalle 20:00 alle 08:00 7gg. 1 operatore presente per almeno 4 ore	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
Direttore 18 ore a settimana	1		
	2		
Medico pronta disponibilità 4 ore tutti i giorni + 6 ore in presenza settimanali	1		
	2		
	3		
Assistente sociale 6 ore a settimana	1		
	2		
Mediatore linguistico 10 ore a settimana	1		
	2		
Informatore normativo 3 ore a settimana	1		
	2		

2. che, per l'espletamento dell'attività connessa alle visite mediche d'ingresso ed al primo soccorso sanitario, è garantito l'impiego del medico per una media di 4 ore all'anno per ciascun migrante e per un monte orario complessivo di 200 ore annuali a chiamata.

_____, lì _____

in fede