

# ALLEGATO B

## Esperienza formativa servizio socio-assistenziale

I

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della Ditta/Coop \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con la presente dichiara che l'Operatore

\_\_\_\_\_ ha frequentato i seguenti corsi o conseguito le

seguenti qualifiche di specializzazione di durata minima di 30 h / seminari - convegni:

1. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
2. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
3. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
4. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
5. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
6. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
7. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
8. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
9. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
10. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
11. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
12. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;
13. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_  
denominazione \_\_\_\_\_ ;

*Il legale rappresentante della Ditta*