

Ente gestore _____

Elenco del personale operante presso il servizio per il servizio INCONTRI PROTETTI alla data di presentazione della domanda di accreditamento

COORDINATORE/I

Cognome e nome	Titolo di studio	Monte Ore	Inquadramento contrattuale e qualifica	Tipologia rapporto di lavoro (contratto applicato)	Data di assunzione/contratto

EDUCATORI PROFESSIONALI

Cognome e nome	Titolo di studio	Monte Ore	Inquadramento contrattuale e qualifica	Tipologia rapporto di lavoro (contratto applicato)	Data di assunzione/contratto

Luogo e data _____

Firma legale rappresentante
