

Su carta intestata dell'Organismo

Allegato 5

Denominazione dell'Organismo.....

1. Responsabile/Coordinatore del servizio con almeno esperienza biennale

N.	Cognome	Nome	Qualifica	Anni di esperienza	Ore settimanali impegnate nel progetto
1					

2. Operatori OSS – ADEST – OSA o altre figure equipollenti con esperienza lavorativa minima di 1 anno nel settore dell'assistenza domiciliare

N.	Cognome	Nome	Qualifica	Anni di esperienza	Ore settimanali impegnate nel progetto
1					
2					
3					
4					
5					
....					

3. Altre figure professionali specializzate congruenti con le diverse tipologie dei piani, coesenziali alla realizzazione dei Piani di Intervento

N.	Cognome	Nome	qualifica	Ore complessive mensili dedicate al progetto
1				
2				
3				
4				
5				
....				