

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO (L- 675/96)**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo professionale degli Assistenti Sociali della Regione Lombardia con N. \_\_\_\_\_

Diploma base (es. maturità magistrale, liceo scientifico...) \_\_\_\_\_

Data diploma A.S. \_\_\_\_\_ (è sufficiente l'anno)

Sede diploma A.S. \_\_\_\_\_  
(es. Università Statale di Milano, Università Cattolica .....)

Altro titolo di studio (solo laurea o altro D.U.) \_\_\_\_\_

**Condizione professionale**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente pubblico                      | <input type="checkbox"/> dipendente pubblico tempo determinato |
| <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa | <input type="checkbox"/> dipendente privato                    |
| <input type="checkbox"/> Libero professionista                    | <input type="checkbox"/> disoccupato                           |
| <input type="checkbox"/> Pensionato                               | <input type="checkbox"/> occupato altra attività (non A.S.)    |
| <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale come A.S.             | <input type="checkbox"/> manager pubblico o privato            |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                              |  |

**Qualifica contrattuale** \_\_\_\_\_

**Anni complessivi di lavoro** (arrotondare all'anno) \_\_\_\_\_

**ENTE da cui si dipende** (per i dipendenti) \_\_\_\_\_  
(es. ASL Bergamo; Comune di Como; Ministero degli interni, Cooperativa...)

**ENTE/I per cui si opera** \_\_\_\_\_  
(per chi ha contratto coordinato e continuativo; per liberi professionisti)

**Denominazione UFFICIO** \_\_\_\_\_  
(es. SERT, CSSA, USSM, Prefettura Milano, Ufficio Servizio Sociale, Distretto di Cologno M.)

**Indirizzo e telefono UFFICIO** \_\_\_\_\_

**SETTORE DI LAVORO E RESPONSABILITA'** (una sola scelta ad indicare il settore prevalente)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distretto                 | <input type="checkbox"/> Igiene mentale   |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Tossicodipendenze | <input type="checkbox"/> Anziani  |
| <input type="checkbox"/> Handicap                  | <input type="checkbox"/> Giustizia Minori   |
| <input type="checkbox"/> Giustizia adulti          | <input type="checkbox"/> Formazione   |
| <input type="checkbox"/> Extracomunitari/Rom       | <input type="checkbox"/> Coordinamento - Programmazione o Referente Strutture/Servizi |
| <input type="checkbox"/> Minori                    | <input type="checkbox"/> Coordinatore Sociale di Distretto                            |
| <input type="checkbox"/> Altro _____               |   |

**Dichiaro di concedere il mio assenso all'utilizzo dei dati da parte dell'Ordine degli Assistenti sociali della regione Lombardia, a fini di studio e ricerca e alla trasmissione ad Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta per scopi coerenti con le finalità dell'Ordine di documentazione informativa, didattica e ricerca (L. 675/96)**

Firma \_\_\_\_\_