

(su carta intestata ente)

ATTESTAZIONE PARAMETRO TURN OVER DEL PERSONALE ASA/OSS, IMPIEGATO PER LO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ASSISTENZIALE (SAD-SADH)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante/procuratore della _____

in relazione alla domanda di accreditamento per L'AREA NON AUTOSUFFICIENZA, PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INERENTI IL SERVIZIO SPECIFICO SAD E SADH SOCIO - ASSISTENZIALE

Sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di legge,

DICHIARA CHE L'ENTE GESTORE DA LUI RAPPRESENTATO RISPETTA IL parametro del turn over INDICATO NEL DISCIPLINARE SPECIFICO, COME SOTTO SPECIFICATO

NUMERO MEDIO MENSILE A.S.A. IN SERVIZIO		
MESE	ANNO 20__	ANNO 20__
gennaio		
febbraio		
marzo		
aprile		
maggio		
giugno		
luglio		
agosto		
settembre		
ottobre		
novembre		
dicembre		
a. numero totale operatori anni 20__ e 20__		
b. numero mesi (24)		
c. numero medio operatori in servizio c= a/b		

turn over	=	numero di a.s.a dimissionari anni 20__ e 20__	=		=	
		numero medio di a.s.a in servizio anni 20__ e 20__				

(timbro e firma del legale rappresentante)

(data)