**SCHEMA RIEPILOGATIVO DEL PERSONALE E DEI/DELLE VOLONTARI/E**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto gestore del C.U.A.V denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445

**DICHIARA /ATTESTA**

che il C.U.A.V. si avvale di un’équipe multidisciplinare costituita da professionalità specificatamente formate nel rispetto di quanto previsto all’art. 4 dell’Intesa del 14 settembre 2022, repertorio atti n. 184/CSR;

**L’equipe operante presso il CUAV è così composta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **QUALIFICA e ruolo nel progetto** | **N. anni di esperienza professionale nel trattamento degli uomini autori di violenza** | **Curriculum formativo/Formazione specifica pregressa**  **(corso frequentato, data inizio e data fine, numero ore)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Eventuali volontari che collaborano con l’equipe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | QUALIFICA | N. anni di esperienza specifica | **Curriculum formativo/Formazione specifica pregressa**  **(corso frequentato, data inizio e data fine, numero ore)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il legale rappresentante

Nome e cognome

Firma