Assistència Integral Social i Sanitària

AISSA

DECLARACIÓ PERSONAL DE MÈRITS AL CONSORCI DE SERVEIS A LES PERSONES I/O ORGANISME AUTÒNOM MUNICIPAL D'ASSISTÈNCIA INTEGRAL SOCIAL I SANITÀRIA

Nom i cognoms _____, amb adreça _____ a _____ _____ CP _____, telèfon _____, correu electrònic _____ i DNI _____, amb la present sol·licitud:

DECLARO:

De forma aproximada els períodes treballats a l'OAM AISSA i al Consorci de Serveis a les Persones

1. Períodes de treball amb data inici, final i total de mesos realitzats al Consorci de Serveis a les Persones de Vilanova i la Geltrú i/o Organisme Autònom Municipal d'Assistència Integral Social i Sanitària:

Organisme	Data inici	Data final	Mesos

Organisme Municipal d' Assistència Integral Social i Sanitària - NIF Q0802238F

Assistència Integral Social i Sanitària

AISSA

Formació i cursos realitzats al Consorci de Serveis a les Persones de Vilanova i la Geltrú i/o Organisme Autònom Municipal d'Assistència Integral Social i Sanitària organitzats de forma interna i amb formadors interns:

Nom del curs	Dates del curs	Hores del curs

Vilanova i la Geltrú, _____de_____de 20

(signatura)

Organisme Municipal d' Assistència Integral Social i Sanitària - NIF Q0802238F