

C.a. prof.ssa Domenica Farinella
Direttrice Master di I livello per la specializzazione
in metodi e pratiche di rafforzamento dei percorsi
di presa in carico e accompagnamento sociale
Università degli Studi di Messina

**OGGETTO: Dichiarazione del datore di lavoro comprovante il rapporto di lavoro in essere e
attestazione di servizio ai fini dell'ammissione al Master – dott./dott.ssa _____**

SEZIONE A – DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di legale
rappresentante/datore di lavoro dell'ente _____
_____, ente del Terzo settore / altro soggetto gestore (*barrare la voce non pertinente*), con
sede in _____, ai fini dell'iscrizione al Master di I livello "Per la
specializzazione in metodi e pratiche di rafforzamento dei percorsi di presa in carico e
accompagnamento sociale. Competenze per le équipes multidisciplinari nel sociale", finanziato a valere
sulla Priorità 1 "Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà" – Obiettivo specifico k (ESO4.11),
II Edizione, a.a. 2026/2027,

DICHIARA

che il/la dott./dott.ssa _____, nato/a a _____
il ____/____/_____, C.F. _____,

- è dipendente dell'ente sopra indicato con contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato
(*barrare l'opzione non pertinente*), in essere alla data della presente dichiarazione;

- l'ente datore di lavoro opera stabilmente nell'ambito dei servizi sociali territoriali dell'Ambito Territoriale Sociale _____, sulla base di convenzione / accordo / contratto / affidamento / procedura di esternalizzazione in essere (*eventuali estremi*: _____);
- nell'ambito del predetto rapporto, il/la dipendente concorre stabilmente all'erogazione dei servizi sociali territoriali dell'Ambito.

Luogo e data _____

Il legale rappresentante / datore di lavoro

Firma e timbro

SEZIONE B – ATTESTAZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di
Responsabile dell'Ufficio di Piano / Legale rappresentante dell'Ambito Territoriale Sociale
_____ (barrare l'opzione non pertinente), ai fini
dell'ammissione al predetto Master, conferma quanto dichiarato dal datore di lavoro nella Sezione A e,
in particolare,

ATTESTA

che il/la dott./dott.ssa _____:

- opera stabilmente nell'équipe multidisciplinare dell'Ambito Territoriale Sociale
_____;
- svolge funzioni riconducibili ai servizi sociali territoriali dell'Ambito;
- è impiegato/a nell'ambito di un rapporto convenzionale, contrattuale o di affidamento in essere tra
l'Ambito Territoriale Sociale _____ e l'ente
_____, datore di lavoro del/della
candidato/a.

Luogo e data _____

**Il Responsabile dell'Ufficio di Piano /
Legale rappresentante dell'Ambito Territoriale Sociale**

Firma e timbro