



Comune di Quartu Sant'Elena
Città Metropolitana di Cagliari



ALLEGATO A — SCHEDA INDIVIDUALE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E ANALISI DEL FABBISOGNO

LEPS Supervisione — PLUS Quartu Parteolla — da restituire al proprio Comune entro il [28/08/2026]

Nome e Cognome	
Professione / qualifica	
Ente / Servizio di appartenenza	
Comune sede di lavoro	
E-mail e telefono di servizio	
Iscrizione Albo (se AS): sez. e n.	

Rapporto di lavoro (barrare — determina le azioni accessibili):

- ☐ Dipendente strutturato/a di un Comune dell'Ambito (rapporto diretto ed esclusivo) → azioni A1/A2 (AS) — A3 — A4 (altri professionisti)
- ☐ Professionista del privato sociale operante nei servizi dell'Ambito → solo azione A3
- ☐ Professionista ASL in équipe integrata con i servizi dell'Ambito → solo azione A3

Azioni a cui sono interessato/a (barrare, se compatibili col proprio profilo):



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute



Comune di Quartu Sant'Elena
Città Metropolitana di Cagliari



- ☐ A1 gruppo assistenti sociali ☐ A2 individuale (AS) ☐ A3 équipe multiprofessionale ☐ A4 gruppo altri professionisti

La mia manifestazione di interesse (barrare una casella):

- ☐ **MI INTERESSA SICURAMENTE — contatemi per la formazione dei gruppi**
- ☐ **CI STO PENSANDO / VORREI SAPERNE DI PIÙ** — desidero essere ricontattato/a o partecipare a un incontro informativo
- ☐ **AL MOMENTO NON MI INTERESSA**

N.B. per le assistenti sociali strutturate l'azione A1 è un LEPS (diritto-dovere): la preferenza espressa orienta l'organizzazione dei gruppi, non l'inclusione nel percorso.

Analisi del fabbisogno:

Temi che vorrei portare in supervisione (es. tutela minori, non autosufficienza, casi multiproblematici, rapporto con l'autorità giudiziaria, lavoro d'équipe, carichi e organizzazione...):

Cadenza preferita: ☐ mensile ☐ quindicinale ☐ bimestrale

Fascia oraria preferita: ☐ mattina ☐ pomeriggio Sede più comoda:

Ho già partecipato a percorsi di supervisione? ☐ sì (quando/dove): _____ ☐ no





Comune di Quartu Sant'Elena
Città Metropolitana di Cagliari



PRESA VISIONE: dichiaro di aver ricevuto e letto l'avviso relativo al LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali e l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data ____/____/2026

Firma _____