



## PROGETTO DONNE ORA VISIBILI

Approvato con Decreto del Capo Dipartimento per le Pari Opportunità dell'11 luglio 2008

	<b>IL SERVIZIO DI ACCOGLIENZA</b> SCHEDA DI REGISTRAZIONE PER ASSISTENTE FAMILIARE	Logo Centro di Accoglienza
--	---	-------------------------------

### RISERVATO ALL'OPERATORE

Operatore:	Data:	Scheda n°:
------------	-------	------------

### RISERVATO ALL'UTENTE

Nome:	Cognome:	Data di nascita:
Codice Fiscale:	Stato civile:	
Comune di nascita:	Provincia:	Nazione:
Cittadinanza:	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residenza:	Via:	n°:
Domicilio:	Via:	
Telefono fisso:	Cellulare:	e-mail:

### Stato occupazionale:

### Annotazioni

- occupato: in cerca di altra occupazione
- inoccupato: persona in cerca di occupazione senza precedenti lavorativi
- inoccupato: persona con attività lavorativa o formativa in assenza di contratto di lavoro
- disoccupato: persona in cerca di occupazione con precedenti lavorativi
- disoccupato: donne in reinserimento lavorativo
- disoccupato: persone con attività lavorativa che non sospende lo stato di disoccupazione
- disoccupato: persona con attività lavorativa o formativa in assenza di contratto di lavoro
- altro: occupati non in cerca di altra occupazione
- altro: informazione non disponibile
- altro:

### CPI:

### TITOLO DI STUDIO

- Senza titolo
  - Licenza elementare
  - Licenza media
  - Diploma S. Secondaria Superiore
  - Laurea:
- Qualifica:
- Qualifica:

Altro (specificare il titolo di studio conseguito nel Paese d'origine)

.....

Il titolo di studio conseguito nel Paese d'origine:

è riconosciuto in Italia

non è riconosciuto in Italia

**ESPERIENZE LAVORATIVE PREGRESSE**

Datore di lavoro	Qualifica	Periodo di tempo	Durata
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	

**ALTRI DATI**

Permesso di soggiorno per:	n.	Scadenza:
Patente :	Auto propria:	

**DISPONIBILITA' AL LAVORO**

disponibile dal ...../...../..... al ...../...../.....

non disponibile

**ALTRI DATI**

**Indicare le attività che la badante vuole svolgere:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cura della persona                  | <input type="checkbox"/> preparazione ed assunzione dei pasti |
| <input type="checkbox"/> igiene della persona                | <input type="checkbox"/> sorveglianza e compagnia             |
| <input type="checkbox"/> pulizia degli ambienti              | <input type="checkbox"/> igiene e cura della biancheria       |
| <input type="checkbox"/> aiuto nell'assunzione di medicinali |   |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                 |   |

**A quale tipo di contratto è disponibile:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato                          | <input type="checkbox"/> contratto ad ore    |
| <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato                        | <input type="checkbox"/> lavoro ripartito    |
| <input type="checkbox"/> a tempo parziale in situazione di convivenza | <input type="checkbox"/> assistenza notturna |
| <input type="checkbox"/> a tempo pieno in situazione di convivenza    | <input type="checkbox"/> presenza notturna   |

**Tipo di orario:**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 24H/24 | <input type="checkbox"/> lavoro diurno   |
| <input type="checkbox"/> ad ore | <input type="checkbox"/> lavoro notturno |

<b>Utenza:</b>		
<input type="checkbox"/> Anziani	<input type="checkbox"/> disabili psichici	<input type="checkbox"/> Uomini
<input type="checkbox"/> Minori	<input type="checkbox"/> disabili fisici	<input type="checkbox"/> Donne
<b>Autosufficienza:</b>		
<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	
<input type="checkbox"/> Non autosufficiente	<input type="checkbox"/> Indifferente	

SEDE LAVORATIVA		
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:
<input type="checkbox"/> Regione:	<input type="checkbox"/> Provincia:	<input type="checkbox"/> Comune:

Firma dell'operatore

Il sottoscritto autorizza il sistema dei Punti di Accesso ai servizi Privati di Cura, al trattamento dei dati personali, forniti per le finalità di informazione e di incrocio domanda/offerta di lavoro nei servizi privati di cura, ai sensi della D. Lgs. 196/2003.

Firma dell'utente