



PROGETTO DONNE ORA VISIBILI

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

	SCHEDA DI REGISTRAZIONE FAMIGLIE	
--	---	--

RISERVATO ALL'OPERATORE

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

RISERVATO AL RICHIEDENTE

Nome:	Cognome:	Età:
Luogo di nascita:	Data di nascita:	Sesso:
Residenza:	Via:	n°:
Codice Fiscale:		
Recapito telefonico:	Cellulare:	Altro:
Richiede per conto di: <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Conoscente <input type="checkbox"/> Altro:		

DATI DELL'UTENTE (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Nome:	Cognome:	Età:
Residenza:	Via:	n°:
Recapito telefonico:	Cellulare:	Altro:
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Stato civile:	Composizione del nucleo familiare:

CARATTERISTICHE DELL'ASSISTITO

<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input type="checkbox"/> Completamente non autosufficiente
Utilizza ausili per deambulare? Se si quali?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha patologie invalidanti? Specificare le patologie:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

CARATTERISTICHE RICHIESTE PER LA BADANTE

Sesso:	<input type="checkbox"/> uomo	<input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> indifferente
Età:	<input type="checkbox"/> 25-40	<input type="checkbox"/> 40-55	<input type="checkbox"/> indifferente
Altro (specificare)			



Nazionalità:	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> europea	<input type="checkbox"/> extracomunitaria	<input type="checkbox"/> indifferente
Altro (specificare)				
Patente:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> indifferente	
Automunita:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> indifferente	
Esperienza nel settore:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> indifferente	
Altro (specificare)				
Formazione specifica:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> indifferente	
Altro (specificare)				
Deve avere uno specifico titolo di studio:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> indifferente	
Se si, quale?				
CARATTERISTICHE DEL LAVORO DA SVOLGERE				
Disponibilità oraria:	<input type="checkbox"/> 24h/24	<input type="checkbox"/> ad ore per complessive.....settimanali		
Specificare	<input type="checkbox"/> di giorno	<input type="checkbox"/> di notte		
Convivenza:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> solo in alcuni giorni	
Indichi le attività che deve svolgere la badante che sta cercando:				
<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)				
ESPERIENZE PREGRESSE CON BADANTI				
Periodo di tempo	Come ha contattato la badante?	Motivo di interruzione del rapporto di lavoro		
Dal.....al.....				
Dal.....al.....				
Dal.....al.....				
Dal.....al.....				
Dal.....al.....				
Dal.....al.....				

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 del richiedente
