



**Progetto: "Assistenti Familiari Informa"**

**Domanda di partecipazione**

**DATI ANAGRAFICI**

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATA/O \_\_\_\_\_

(PROV. \_\_\_\_\_ O STATO ESTERO \_\_\_\_\_ )

IL \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

EVENTUALE DOMICILIO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO A CUI ESSERE CONTATTATA/O: \_\_\_\_\_



**POSSESSO PERMESSO DI SOGGIORNO:**

SI  SCADENZA \_\_\_\_\_

NO  IN ATTESA DI RINNOVO  NR. RICEVUTA \_\_\_\_\_  
(allegare fotocopia)

**PER I NEOCOMUNITARI:**

CARTA D'IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ VALIDITA' SINO AL \_\_\_\_\_

**PER CITTADINI ITALIANI:**

CARTA D'IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ RILASCIATA DA \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ VALIDITA' SINO AL \_\_\_\_\_

**PER TUTTI**

PATENTE (indicare il tipo) \_\_\_\_\_ CONSEGUITA IN ITALIA: SI  NO

**TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO IN ITALIA**

OBBLIGO SCOLASTICO ASSOLTO \_\_\_\_\_

DIPLOMA DI QUALIFICA \_\_\_\_\_  
(Specificare se statale o regionale)

DIPLOMA DI LICENZA MEDIA SUPERIORE \_\_\_\_\_

DIPLOMA DI LAUREA \_\_\_\_\_

## TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO ALL'ESTERO

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CORSI DI FORMAZIONE

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CTP - CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE (scuola per adulti per il conseguimento della terza media)

HA FREQUENTATO SI  NO

STA FREQUENTANDO SI  NO

INTENDE FREQUENTARE SI  NO

## CONOSCENZE LINGUISTICHE

LINGUA ITALIANA LIVELLO: Madrelingua

PARLATA Ottimo  Buono  Sufficiente

SCRITTA Ottimo  Buono  Sufficiente

ALTRA LINGUA : \_\_\_\_\_

## SITUAZIONE PROFESSIONALE

ATTUALMENTE OCCUPATA/O PRESSO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

ATTIVITA' SVOLTA:

- CURA DELLA PERSONA
- CURA DELLA CASA
- PULIZIE



ORARIO DI LAVORO: \_\_\_\_\_

TEMPO PIENO

PART TIME

GIORNO LIBERO: \_\_\_\_\_

**DISOCCUPATA/O DAL** \_\_\_\_\_

**PRECEDENTEMENTE** OCCUPATA/O PRESSO \_\_\_\_\_

ATTIVITA' SVOLTA:

CURA DELLA PERSONA

CURA DELLA CASA

PULIZIE

### **PRECEDENTI ESPERIENZE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ALTRE INFORMAZIONI**

COME E' VENUTA/O A CONOSCENZA DEL PROGETTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTECIPAZIONE A PRECEDENTI PROGETTI ALTRI ENTI (specificare progetto, nome, durata, esito): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa per la tutela della privacy (art. 13 D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.).** Il trattamento dei dati indicati è finalizzato unicamente allo svolgimento delle iniziative previste dal Progetto "Servizi integrati a sostegno dell'Assistenza Familiare Qualificata". Il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, in grado di tutelare e garantire la riservatezza dei dati forniti. I dati stessi potranno essere comunicati a soggetti terzi gestori e/o finanziatori di tali iniziative. I diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 7 della citata legge. Responsabile del trattamento dei dati è il CONSORZIO Servizi Sociali IN.RE.TE..



## ALLEGATI:

- Per gli stranieri: fotocopia permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta avvenuta trasmissione kit postale nei termini di legge. Per i comunitari: fotocopia carta d'identità italiana
- Fotocopia titolo di studio o dichiarazione di frequenza o iscrizione a altro corso
- Fotocopia codice fiscale
- Versamento INPS o autocertificazione dell'esperienza di lavoro di assistenza familiare già maturata.