



SPORTELLO DI



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL CANDIDATO

STAFF SPORTELLO TERRITORIALE ASSISTENTI FAMILIARI UAIA		CODICE CANDIDATO	
NOME/COGNOME			
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA		
NAZIONALITA'			
DA QUANTO TEMPO è IN ITALIA			
TIPO DI DOCUMENTO DI IDENTITA' E NUMERO			
CF			
RESIDENZA			
DOMICILIO			
TELEFONO			
E-MAIL			
STATO CIVILE			
TITOLI DI STUDIO			
AUTOMUNITO		Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> note:
ESPERIENZE PROFESSIONALI			
DOVE STA LAVORANDO			
DA QUANTO TEMPO NON LAVORA			
REFERENZE			
DISPONIBILITA'		domiciliare <input type="checkbox"/>	ospedaliero <input type="checkbox"/>
		diurno <input type="checkbox"/>	notturno <input type="checkbox"/>
		feriale <input type="checkbox"/>	festivo <input type="checkbox"/>
		24 ore <input type="checkbox"/>	
DISPONIBILTA' A PRENDERSI CURA DI PAZIENTI CON IL SEGUENTE GRADO DI AUTOSUFFICIENZA		<input type="checkbox"/> anziani autosufficienti <input type="checkbox"/> anziani parzialmente autosufficienti <input type="checkbox"/> anziani non autosufficienti <input type="checkbox"/> disabili <input type="checkbox"/> anziani con demenza senile-Alzheimer <input type="checkbox"/> utenti con SLA o terminali <input type="checkbox"/> utenti con patologie psichiatriche	

Il sottoscritto/a dichiara in consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 sulla tutela dei dati personali . Firma _____

Progetto realizzato con il contributo di

