

RICHIESTA DI ASSISTENZA FAMILIARE

Datore di Lavoro [rapporto con l'assistito: _____]	
COGNOME: _____	NOME: _____
Codice Fiscale: _____	Telefono: _____
Indirizzo: _____	

Persona di Riferimento [rapporto con l'assistito: _____]	
COGNOME: _____	NOME: _____
Telefono: _____	Fax: _____
Comune di domicilio: _____	Email: _____

Informazioni sulla/e persona/e da assistere	
Sesso: masc. femm. Auto-sufficiente? sì no semi Allettata? sì no Carrozzina? sì no Età: _____ Comune di domicilio: _____ Raggiungibile con i mezzi? sì no Indirizzo: _____ Disturbi particolari: _____ Coabita con: _____ Note: _____	

Caratteristiche dell'offerta di lavoro	
Contratto proposto: tempo determinato: dal _____ al _____ tempo indeterminato Intervento: convivente tempo parziale – orario: _____ tempo pieno - orario: _____ A partire dal: _____ Camera privata: sì no: _____ Tempo libero: _____ Note: _____	

Requisiti richiesti	
Sesso: masc. femm. Fascia di età: _____ Esperienza: indis. prefer. Formazione: indis. prefer. Patente di guida: indis. prefer. Auto proprio: indis. prefer. Domicilio nei paraggi: indis. prefer. Altre richieste particolari: _____	

I sottoscritti esprimono il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati dal Centro per l'Impiego per gli adempimenti connessi al provvedimento dei propri servizi, nel rispetto del D.lg. 196/03.

_____ data

_____ firma datore di lavoro

_____ firma persona di riferimento

Nome Servizio e/o Associazione rilevatore _____	Sede: _____
---	-------------

***DA INOLTARE VIA FAX AL CENTRO PER L'IMPIEGO:**
OMEGNA 0323 63329, VERBANIA 0323 517659, DOMODOSSOLA 0324 258 266