

**RICHIEDA L'INSERIMENTO LAVORATIVO**

Scopo del presente questionario è quello di poter disporre di alcune informazioni sul suo percorso formativo e professionale che siano rilevanti per un eventuale inserimento lavorativo presso DUEMILAUNO AGENZIA SOCIALE. Se lo ritiene necessario, si possono comunque allegare documenti ed altro materiale utile.

DUEMILAUNO AGENZIA SOCIALE terrà a disposizione i curriculum cartacei per 18 mesi.

La informiamo inoltre che la compilazione di questo modulo non impegna per il momento in alcun modo le parti interessate.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Pr<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato civile (ai fini fiscali)  Libero/a  Coniugato/a  Vedovo/a  Separato/a  Divorziato/a

Persone a carico (ai fini fiscali)  NO  SI Se SI indicare il numero delle persone a carico \_\_\_\_\_

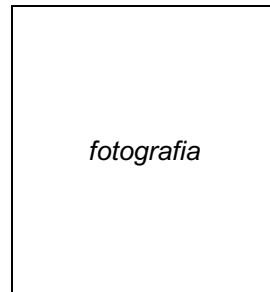
Incensurato  SI  NO Senza procedimenti a carico  SI  NO

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_ Indirizzo Skype \_\_\_\_\_

Patente auto  NO  SI Se SI indicare Tipo di patente \_\_\_\_\_ data rilascio \_\_\_\_\_

Disponibilità uso auto per servizio  SI  NO

**Domicilio e/o recapito postale (da compilare solo se diverso dalla residenza)**

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune e/o località \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

**PERCORSI DI FORMAZIONE****➤ TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO**

È sufficiente specificare gli ultimi due titoli scolastici conseguiti e, in aggiunta, gli eventuali corsi professionali.

Licenza media inferiore

Corso di formazione professionale *specificare* \_\_\_\_\_

Diploma di qualifica professionale *specificare* \_\_\_\_\_

Diploma di maturità di scuola media superiore<sup>2</sup> *specificare* \_\_\_\_\_

Diploma di Laurea  Triennale  Magistrale  a Ciclo Unico  Vecchio Ordinamento

Cod. \_\_\_\_\_ *specificare* \_\_\_\_\_

Master *specificare* \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nel caso di paese diverso dall'Italia, scrivere la sigla internazionale dello Stato

<sup>2</sup> Campo obbligatorio anche in caso di possesso di Diploma di Laurea

**Per i titoli conseguiti specificare**

Anno scolastico \_\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Votazione \_\_\_\_\_

Anno scolastico \_\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Votazione \_\_\_\_\_

**➤ TITOLO DI STUDIO DA CONSEGUIRE**Titolo \_\_\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_ Conclusione \_\_\_\_\_ *Indicare la data presunta***➤ QUALIFICA EDUCATORE PROFESSIONALE (L. 205/17)**

Indicare, in merito alla qualifica di EDUCATORE PROFESSIONALE, in qual posizione si trova:

- Avere la **qualifica educatore professionale socio pedagogico** (di diritto ex L. 27 dicembre 2017, n. 205)
- Avere la **qualifica educatore professionale socio pedagogico** (conseguimento 60 CFU)
- Essere **frequentante corso 60 CFU** per conseguimento qualifica educatore professionale socio pedagogico
- Essere in **possesso del requisito per l'iscrizione corsi qualifica 60 CFU**
- Non essere in alcuna delle situazioni menzionate nei precedenti punti**

**➤ ALTRE INFORMAZIONI SU PERCORSI DI FORMAZIONE****➤ TIROCINI E/O PRATICANTATI**

Attività \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**➤ ALTRE CONOSCENZE - Lingue**

Madrelingua \_\_\_\_\_

Conoscenza altre lingue  NO  SI *Se SI compilare la tabella sottostante*

Lingua	Grado di conoscenza		
_____	<input type="checkbox"/> elementare	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> eccellente
_____	<input type="checkbox"/> elementare	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> eccellente

**➤ ALTRE CONOSCENZE - Competenze informatiche**Internet e posta elettronica  nessuna  base  medie  avanzateWord  nessuna  base  medie  avanzateExcel  nessuna  base  medie  avanzate

Altre (specificare) \_\_\_\_\_

**➤ Ulteriori informazioni su "altre" conoscenze**

**ISCRIZIONE AD ALBO PROFESSIONALE**

È iscritto ad un albo professionale?

 NO  SI

Se SI indicare quali tra quelli sotto indicati

- Albo degli Educatori Professionali (ANEP)** sezione di \_\_\_\_\_
- Albo degli Assistenti Sociali (OAS)**  Albo A  Albo B sezione di \_\_\_\_\_
- Albo degli Psicologi (ONP)**  Albo A  Albo B sezione di \_\_\_\_\_
- Albo dei Tecnici della riabilitazione psichiatrica (AITeRP)** sezione di \_\_\_\_\_
- Altro (specificare)** \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA**➤ **SITUAZIONE ATTUALE**Attualmente sta lavorando?  NO  SI Se SI compilare le parti sottostanti

Datore di lavoro (Ditta, Ente, ....) \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_ **Mansione svolta** \_\_\_\_\_Tipo di contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato  altro \_\_\_\_\_

Periodo maturato (indicare anni – mesi) \_\_\_\_\_

➤ **PRECEDENTI ESPERIENZE LAVORATIVE**Ha avuto precedenti esperienze lavorative?  NO  SISe SI, indicare le almeno due esperienze maggiormente significative, preferibilmente nell'ambito dei servizi alla persona

Datore di lavoro (Ditta, Ente, ....) \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_ **Mansione svolta** \_\_\_\_\_

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Datore di lavoro (Ditta, Ente, ....) \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_ **Mansione svolta** \_\_\_\_\_

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Datore di lavoro (Ditta, Ente, ....) \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_ **Mansione svolta** \_\_\_\_\_

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Datore di lavoro (Ditta, Ente, ....) \_\_\_\_\_

Settore di attività \_\_\_\_\_ **Mansione svolta** \_\_\_\_\_

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

➤ **CORSI INERENTI LA “SICUREZZA SUL LAVORO”**Nell'ambito delle sue esperienze lavorative ha avuto modo di frequentare dei **corsi inerenti la “Sicurezza sul Lavoro”**?  NO  SI

Se SI indicare quali tra quelli sotto indicati e allegare copia dell'attestato comprovante la formazione effettuata

 **Sicurezza sul Lavoro** indicare l'anno \_\_\_\_\_  **Antincendio** indicare l'anno \_\_\_\_\_ **Primo soccorso** indicare l'anno \_\_\_\_\_  **HACCP** indicare anno \_\_\_\_\_

**➤ ALTRE ESPERIENZE**Ha avuto esperienze **non lavorative** in ambito educativo/assistenziale?  NO  SI

Se SI indicare in quale ambito

 assistenza in genere  disabilità  disagio giovanile  tossicodipendenza  salute mentale**Descriva brevemente questa esperienza****ASPETTATIVE**Se potesse scegliere, **desidererebbe lavorare in un particolare servizio** gestito da  NO  SI  
DUEMILAUNO AGENZIA SOCIALE?

Se SI indicare in quale \_\_\_\_\_

Darebbe la preferenza all'**instaurazione di un rapporto di lavoro** a **TEMPO PARZIALE** (*part-time*)  **TEMPO PIENO** (*38 ore settimanali*)La sua **disponibilità all'inserimento lavorativo** è  immediata  a partire dal \_\_\_\_\_**Descriva brevemente le motivazioni della sua proposta di inserimento professionale presso DUEMILAUNO AGENZIA SOCIALE****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2 Legge 4 gennaio 1968, n. 15 - art. 3 comma 10 Legge 15 marzo 1997, n. 127 – art. 1 D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403)  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Pr<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

sotto la mia propria ed esclusiva responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o comunque non corrispondenti al vero, e di falsità negli atti, dichiaro che le informazioni relative ai dati anagrafici e ai titoli di studio sono rilasciate quale DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art.2, Legge 4 gennaio 1968, n.15, modificato dall'art.3, Legge 15 maggio 1997, n.127 e dal D.P.R. 403/98. Prendo inoltre atto che fermo restando che nel rapporto con soggetti privati il ricorso all'autocertificazione è rimandato alla discrezionalità di questi ultimi, la cooperativa si riserva il diritto di richiedere le necessarie certificazioni, ogni qualvolta lo reputi opportuno.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DI DATI E INFORMAZIONI***ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)***INFORMATIVA SUCCESSIVA ALL'INVIO DEI CURRICULA**

Egr. Sig. / Sig.ra,

A seguito dell'invio spontaneo del Suo Curricula, in ossequio alle disposizioni dettate dal GDPR siamo a comunicare la seguente informativa:

Il titolare DUEMILAUNO AGENZIA SOCIALE si impegna alla conservazione dei dati conferiti per un periodo di tempo strettamente necessario alla valutazione del Suo profilo personale, quantificati in almeno 18 mesi; si dichiara inoltre che i dati non saranno in alcuna maniera diffusi e/o comunicati a terzi.

Il conferimento dei dati è facoltativo e la sua natura del conferimento è basata sul consenso dell'interessato.

Si ricorda che il soggetto interessato potrà esercitare i propri diritti così come previsto dagli artt. 15/16/17/18 GDPR (*accesso, rettifica, cancellazione, blocco, ecc.*) e che per l'esercizio di questi diritti ci si potrà rivolgere all'indirizzo e-mail [rdp@2001agsoc.it](mailto:rdp@2001agsoc.it)**CONSENSO**Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
informato/a delle finalità e delle modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, dei miei diritti in ordine alla tutela degli stessi, del Titolare del Trattamento, nonché di altri elementi previsti dal GDPR Reg. UE 2016 / 679, acconsento ed autorizzo al trattamento dei dati da me forniti per gli usi di cui alla presente informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Nel caso di paese diverso dall'Italia, scrivere la sigla internazionale dello Stato