



**RICHIESTA 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 la nostra Cooperativa. Se lo ritiene necessario, può comunque allegare documenti ed altro materiale utile.

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

La informiamo inoltre che questo questionario non impegna per il momento in alcun modo le parti interessate.

**DATI ANAGRAFICI**

**COGNOME**

**Nome**

**Data di nascita**

*fotografia*

**COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA**

**PR. (o Stato estero<sup>1</sup>)**

**RESIDENZA**

Indirizzo

N.

Cap

Comune o Stato estero

Pr.

**DOMICILIO E/O RECAPITO POSTALE (solo se diverso dalla residenza)**

Indirizzo

N.

Cap

Comune e/o località

Pr.

**CITTADINANZA**

**CODICE FISCALE**

**STATO CIVILE (ai fini fiscali)**

- Libero/a   
  Coniugato/a   
  Vedovo/a  
 Separato/a   
  Divorziato/a

**PERSONE A CARICO (ai fini fiscali)**

(se si indicare il numero, altrimenti scrivere no)

**INCENSURATO E SENZA PROCEDIMENTI A CARICO**

- SI   
  NO

**RECAPITI TELEFONICI**

Telefono 1

Telefono 2

Cellulare

**INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA**

 @

**PATENTE AUTO**

SI   
 Tipo di patente    
 data rilascio

NO

**DISPONIBILITÀ AUTO**

SI   
 NO

<sup>1</sup> scrivere UE se comunitario, XC se extracomunitario





**RICHIESTA INSERIMENTO LAVORATIVO**

**SITUAZIONE LAVORATIVA**

Attualmente lavora?  SI  NO

**Ditta/Ente**

**settore di attività**

**mansione svolta**

**periodo maturato** (anni – mesi)

**tipo di contratto**

a tempo indeterminato  a tempo determinato  nessun contratto  altro \_\_\_\_\_

Ha avuto **precedenti esperienze lavorative**?<sup>3</sup>  SI  NO

**1. Ditta/Ente**

settore di attività \_\_\_\_\_

mansione svolta \_\_\_\_\_

periodo \_\_\_\_\_

**2. Ditta/Ente**

settore di attività \_\_\_\_\_

mansione svolta \_\_\_\_\_

periodo \_\_\_\_\_

Nell'ambito delle sue esperienze lavorative ha avuto modo di frequentare dei **corsi inerenti** la **"Sicurezza sul Lavoro"**?  SI  NO

Se *SI*, in quale anno? | | | | (allegare copia dell'attestato comprovante la formazione)

Ha avuto esperienze **non lavorative** in ambito educativo/assistenziale?<sup>4</sup>  SI  NO

Se *SI* descriverle brevemente

**Se potesse scegliere:**

- desidererebbe lavorare in un particolare **settore di attività** della coop?  SI  NO

se *SI* indichi quale \_\_\_\_\_

- darebbe la preferenza ad un **rapporto** part-time o a tempo pieno?  PT  TP

Può indicarci una sua proposta di retribuzione desiderata? \_\_\_\_\_

La sua **disponibilità** all'inserimento è:  immediata  a partire da \_\_\_\_\_

Descriva brevemente le motivazioni della sua proposta di inserimento professionale presso DUEMILAUNO – AGENZIA SOCIALE

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

<sup>3</sup> indicare le due esperienze maggiormente significative, preferibilmente nel settore dei servizi alla persona

<sup>4</sup> assistenza in genere, problematiche di handicap, disagio giovanile, tossicodipendenza, psichiatria, ecc.



**RICHIESTA INSERIMENTO LAVORATIVO**

**REGOLAMENTO GENERALE SULLA  
PROTEZIONE DEI DATI  
RGDP – GDPR Reg. UE 2016 / 679**

**INFORMATIVA SUCCESSIVA  
ALL'INVIO DEI CURRICULA**

Art. 13 del GDPR

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 2 anni, 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 natura del conferimento stesso 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 e firma**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
CERTIFICAZIONE**

(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)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_,

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 voci contrassegnate dai campi in grigio 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 e firma**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI**

**DATA COLLOQUIO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI CONSEGNATI**

- copia libretto sanitario
- copia del documento di identità
- fotografie

**INSERIMENTO**

**Settore** \_\_\_\_\_

**Sezione** \_\_\_\_\_

**Data inizio** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_