

<u>Conoscenze in ambito Sanitario</u>	<input type="checkbox"/> Prestare assistenza diretta alla persona non autosufficiente nelle attività quotidiane e nell'igiene personale <input type="checkbox"/> Gestire semplici attività di supporto diagnostico-terapeutico <input type="checkbox"/> Gestire attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, rieducazione, riattivazione, recupero funzionale <input type="checkbox"/> Gestire attività di animazione e socializzazione di piccoli gruppi <input type="checkbox"/> Collaborare con il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato terminale <input type="checkbox"/> Aiutare la gestione dell'utente nel suo ambito di vita <input type="checkbox"/> Curare la pulizia e l'igiene ambientale <input type="checkbox"/> Comunicare e relazionarsi con utenti e familiari <input type="checkbox"/> Lavorare in equipe <input type="checkbox"/> Comprendere le dinamiche psicologiche ed emotive di utenti e familiari <input type="checkbox"/> Applicare le tecniche infermieristiche, specificarne alcune: <input type="checkbox"/> Conoscenze teoriche in ambito geriatrico <input type="checkbox"/> Conoscenze teoriche in ambito psichiatrico Altro _____																
<u>Iscrizione ad albi professionali</u>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si quale: _____																
<u>Corsi di formazione specializzazione master</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Titolo</th> <th style="width: 25%;">Ente Organizzatore</th> <th style="width: 15%;">Anno</th> <th style="width: 20%;">Durata</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Titolo	Ente Organizzatore	Anno	Durata	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Titolo	Ente Organizzatore	Anno	Durata														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
<u>Invalidità e altre categorie speciali</u>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, specificare: <input type="checkbox"/> invalidità fisica, psichica, sensoriale <input type="checkbox"/> ex degenti di istituti psichiatrici, di soggetti in trattamento psichiatrico, di alcolisti, di tossicodipendenti <input type="checkbox"/> minori in età lavorativa <input type="checkbox"/> condannati ammessi alle misure detentive alla detenzione (rif. Normativo: Legge 381/91. Disciplina delle cooperative sociali) Allegare eventuale certificazione attestante lo svantaggio																
<u>Lavoro</u>	È iscritto al Centro per l'Impiego <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Prima occupazione <input type="checkbox"/> Disoccupato da <input type="checkbox"/> almeno 12 mesi <input type="checkbox"/> almeno 24 mesi (legge 407/90 art.8 comma 9) <input type="checkbox"/> è iscritto alle liste regionali di mobilità (legge 233/91 art.8 comma 2) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> Pensionato																

<u>Mobilità interna</u>	Disponibilità a lavorare nelle diverse strutture della cooperativa <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<u>Turni</u>	Disponibilità a lavorare secondo le turnazioni mattina, pomeriggio, notte o orario spezzato mattina e pomeriggio <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<u>Occupazioni precedenti</u>	1) Azienda _____ assunto il _____ Qualifica _____ tipo di lavoro _____ Motivo del cessato rapporto _____ 2) Azienda _____ assunto il _____ Qualifica _____ tipo di lavoro _____ Motivo del cessato rapporto _____
<u>Esperienze di lavoro all'estero</u>	_____ _____ _____
<u>Interessi e attività extra professionali</u>	_____ _____ _____
<u>Attitudini professionali e aspirazioni</u>	Area aziendale in cui preferirebbe operare: _____ _____ _____ Caratteristiche dell'attività che desidererebbe svolgere: _____ _____ _____
<u>Altro</u>	<i>Eventuali altre informazioni che il candidato ritenga utile fornire</i> _____ _____ _____
<u>Come ha conosciuto la Coop. AIDAS</u>	<input type="checkbox"/> giornali/annunci <input type="checkbox"/> tv/radio <input type="checkbox"/> scuole superiori/università <input type="checkbox"/> centro per l'impiego <input type="checkbox"/> fiere/manifestazioni <input type="checkbox"/> sindacato <input type="checkbox"/> volantinaggio <input type="checkbox"/> amici/conoscenti <input type="checkbox"/> altro _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 76 del predetto D.P.R. n° 445/2000, di essere in possesso dei requisiti sopra elencati.
Si allega documento di Identità

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art. 23 d.lgs.vo 30/06/03) n. 196)

Il/I sottoscritto/i (1) in calce identificato/i dichiara/no di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 del decreto medesimo, ed esprime/ono il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dal citato decreto con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data _____

Firma _____

