# PROGETTO FAMILY HUB

# AUTOIMPRENDITORIALITA' FEMMINILE

# NELLA CURA DEGLIA ANZIANI

# CORSO ASSISTENTE FAMIGLIARE ANZIANI

**MODULO DI ADESIONE**

COGNOME E NOME_____

LUOGO DI NASCITA_____DATA DI NASCITA ____/____/_____ RESIDENTE

A _____IN VIA_____

CODICE FISCALE_____TEL_____MAIL_____

CITTADINANZA _____ PAT. _____

STATO OCCUPAZIONALE:

- o Disoccupata
- o In mobilità
- o In CIG in deroga
- o In CIGS

ALTRI REQUISITI:

1. Esperienza pregressa (almeno 6 mesi) nella cura degli anziani

   SI ◯ allegare curriculum firmato e datato riportante le esperienze maturate

   NO ◯

2. Livello conoscenza lingua italiana ◯ scolastico ◯ discreto ◯ buono ◯ ottimo
3. Titolo di soggiorno valido per svolgere attività lavorativa (solo per cittadine extracee)

   tipo di permesso:_____ scadenza:_____

Data, luogo:_____ Firma utente:_____

| Compilazione modulo effettuata presso: |
| --- |
| operatore: |