

Domanda di Lavoro

Aurora Società Cooperativa Sociale

➤ Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ Prov. _____ Nazione _____

il _____ Codice Fiscale (allega fotocopia) _____

Cittadinanza _____ Stato Civile _____

Residente a _____ Prov. _____ Nazione _____

In _____ CAP _____

(Indicare il n° di CAP in modo dettagliato. Esempio: Bologna, Via San Pio V n. 7 - 40131 [e non 40100])

Domiciliato a _____ Prov. _____

Via/P.za _____ CAP _____

Presso _____

((Indicare il n° di CAP in modo dettagliato. Esempio: Bologna, Via San Pio V n. 7 - 40131 [e non 40100])

Recapiti Telefonici: Casa _____ Cell. _____

Altri recapiti Telefonici: _____

Indirizzo E-mail _____

➤ Titoli di Studio

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| ➤ Licenza elementare | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ➤ Maturità classica, scientifica, | |
| ➤ Licenza media inferiore | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | linguistica | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Maturità socio-psico-pedagogica, | | | ➤ Maturità tecnica | <input type="checkbox"/> |
| magistrale, assistente di comunità | | | ➤ ISEF | <input type="checkbox"/> |
| infantile, dirigente di comunità | | | ➤ Assistente sociale | <input type="checkbox"/> |
| infantile, tecnico dei servizi sociali | <input type="checkbox"/> | | | |

Laurea ➤ Iscritto ➤ Laureato (In neretto sono indicate le Facoltà)

Scienze delle Formazioni corso di Laurea in:

Educatore Professionale

Animatore socioeducativo

Formatore

Educatore di Nido e Com. Infantile

Ins. scuola dell'infanzia/primaria/di base

Psicologia

Lettere e Filosofia

Ex Magistero corso di Laurea in:

Pedagogia

Scienze Politiche corso di Laurea in:

Sociologia

Servizi Sociali

Medicina e Chirurgia corso di Laurea:

per Infermieri

per Fisioterapisti

Giurisprudenza

Scienze Motorie

Economia

Altro _____

(Nel caso di altra laurea indicare la Facoltà e il Corso di Laurea)

Documenti

- Libretto di lavoro Si No
 ➤ Libretto sanitario Si No
 ➤ Iscrizione all'ufficio di collocamento Si No dalla data ___/___/_____
 ➤ Iscrizione nelle liste di mobilità Si No
 ➤ Iscrizione liste disabili (art. 1 Legge 68 del 1999) Si No

Altre Informazioni

- Lingue

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso
Inglese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedesco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serbo – Croato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albanese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Utilizzo del PC

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso
Windows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Office	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestionali Paghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Possibilità di Movimento

Mezzi Pubblici	<input type="checkbox"/>	Automobile	<input type="checkbox"/>	Moto	<input type="checkbox"/>
Bicicletta	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>		
		no	a	b	c
Patente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Validità _____	

Attestati riconosciuti

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| ➤ A.D.B.; O.S.A. | <input type="checkbox"/> | ➤ Animatore | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Assistente Sociale | <input type="checkbox"/> | ➤ Coordinatore Servizi Sociali | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Educatore Professionale | <input type="checkbox"/> | ➤ Fisioterapista | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Educatore Professionale APRIS | <input type="checkbox"/> | ➤ Terapista della Riabilitazione | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Logopedista | <input type="checkbox"/> | ➤ O.T.A. (Operatore Tecnico dell'Assistenza) | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Psicomotricista | <input type="checkbox"/> | ➤ O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Infermiere Professionale | <input type="checkbox"/> | ➤ Mediatore Culturale | <input type="checkbox"/> |
| ➤ R.A.A. (Responsabile Attività Assistenziali) | <input type="checkbox"/> | ➤ Cuoco | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Interprete L.I.S. | <input type="checkbox"/> | ➤ Mediatore della Comunicazione | <input type="checkbox"/> |

Formazione e Aggiornamento (indicare i principali)

Titolo	Rilasciato da	Data Inizio	Data Fine	Tot. Ore
➤ _____	_____	_____	_____	_____
➤ _____	_____	_____	_____	_____
➤ _____	_____	_____	_____	_____

➤ Esperienze di Lavoro

Qualifica	Ente/Azienda	Data Inizio	Data Fine
➤ _____			
➤ _____			
➤ _____			
➤ _____			

(Nel caso si allegli il curriculum l'Esperienze di Lavoro possono non essere indicate)

➤ Esperienze di Volontariato

Mansione Svolta	Ente/Azienda	Data Inizio	Data Fine
➤ _____			
➤ _____			
➤ _____			

(Nel caso si allegli il curriculum l'Esperienze di Volontariato possono non essere indicate)

➤ Disponibilità

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ➤ Disponibilità a lavorare in turno | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ➤ Disponibilità a lavorare con un orario spezzato | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ➤ Disponibilità a lavorare a tempo parziale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ➤ Disponibilità a lavorare a tempo pieno | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

(Si possono indicare una o più disponibilità)

➤ Aree di Intervento

Servizi socio-assistenziali

- | | |
|---|--|
| ➤ Anziani (domiciliare, centri diurni, strutture) <input type="checkbox"/> | ➤ Infanzia (asili nido, scuole materne, centri estivi) <input type="checkbox"/> |
| ➤ Handicap adulti (centri diurni, strutture) <input type="checkbox"/> | ➤ Minori (servizi integrativi scolastici, centri estivi) <input type="checkbox"/> |
| ➤ Salute mentale (residenze e semiresidenze) <input type="checkbox"/> | ➤ Minori in situazione di handicap e/o disagio <input type="checkbox"/> |
| ➤ Esclusione Sociale (strutture e servizi rivolti al disagio adulti) <input type="checkbox"/> | (servizi assistenziali/educativi scolastici, tempo libero) <input type="checkbox"/> |
| ➤ Disagio minorile (centri diurni, giovanili e di accoglienza) <input type="checkbox"/> | Altro |
| | ➤ Servizi (ausiliari, addetto alle pulizie, cuoco, autista) <input type="checkbox"/> |
| | ➤ Servizi Impiegatizi <input type="checkbox"/> |

(Si possono indicare una o più Aree di Intervento)

➤ Zone di disponibilità

- | | |
|---|---|
| ➤ Ascoli Piceno <input type="checkbox"/> | ➤ Macerata <input type="checkbox"/> |
| ➤ Montottone(*) <input type="checkbox"/> | ➤ Penna San Giovanni <input type="checkbox"/> |
| ➤ Monte Giberto <input type="checkbox"/> | ➤ Sarnano <input type="checkbox"/> |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | ➤ Pescara <input type="checkbox"/> |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | ➤ Spoltore <input type="checkbox"/> |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | |
| ➤ _____ <input type="checkbox"/> | |

(Si possono indicare una o più Zone di Disponibilità)

(*) Presso Casa di riposo comunale

➤ Come hai conosciuto la Aurora Società Cooperativa Sociale

- L'indirizzo o il numero di telefono ti è stato comunicato da: _____
- Sei Mai stato socio di una Cooperativa? Si No Quale?: _____

Dichiaro che i dati suesposti corrispondono a verità

Data _____ Firma (leggibile) _____

I dati personali forniti dall'interessato con la compilazione facoltativa della domanda di lavoro (ovvero nel corso del colloquio odierno) sono destinati all'archivio elettronico della AURORA Società Coop. Sociale Coop. a resp. lim., con sede in Bologna, Via San Pio V n.7. La società si riserva di farne uso, nei limiti e con le modalità che di volta in volta appariranno più consoni alle finalità contingenti, per eventuali conferimenti di incarichi o per eventuali partecipazioni a gare di appalto di servizi, e comunque in osservanza delle istruzioni impartite dal responsabile del trattamento, Signor Maurizio Spinelli, contattabile c/o AURORA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE. Informativa ai sensi dell'art.13 L. 196/03

Il sottoscritto manifesta espressamente il proprio consenso, ai sensi dell'art.23 L. 196/03, a che la AURORA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE e quanti per essa procedano al trattamento dei suddetti dati personali, secondo le finalità e con le modalità sopra indicate.

Si informa, altresì, l'interessato che l'art. 7 della Legge 196/03 gli riconosce una serie di diritti:

- a) il diritto di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale istituito presso il Garante (organo collegiale composto da 4 membri, eletti due dalla Camera dei Deputati e due dal Senato, oltre ad un Presidente eletto in seno al collegio) preposto al trattamento dei dati personali, l'esistenza di trattamenti di dati che lo possano riguardare;
- b.1) il diritto di essere informato circa il nome, la denominazione o la ragione sociale e il domicilio, la residenza o la sede del titolare cui competono le decisioni in ordine alle finalità e alle modalità di trattamento di dati personali, ivi compreso il profilo della sicurezza;
- b.2) il diritto di essere informato sulle finalità e sulle modalità del trattamento dei dati personali;
- b.3) il diritto di essere informato circa il nome, la denominazione o la ragione sociale, e il domicilio, la residenza o la sede della persona fisica o giuridica o comunque dell'organismo preposto dal titolare in qualità di responsabile al trattamento dei dati personali;
- c) il diritto di ottenere a cura del titolare *sub* b.2) o del responsabile *sub* b.3) senza ritardo:
 - 1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi e della loro origine, con eventuale contributo spese a carico del richiedente, non superiore ai costi effettivamente sopportati, in caso di esito negativo dell'indagine chiesta;
 - 2) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - 3) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
 - 4) l'attestazione che le operazioni *sub* 2) e *sub* 3) sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, a meno che tale adempimento non risulti impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- d) il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali ancorché pertinenti allo scopo della ricerca;
- e) il diritto di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali per fini di informazione commerciale o pubblicitaria o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non più tardi della comunicazione/diffusione dei dati, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.

Data _____ Firma (leggibile) _____

Riservato all'Operatore dell'Ufficio Personale

Nome Utente _____ Firma _____

N° Protocollo