



CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Stato civile	
Indirizzo	CAP
Telefono - cellulare	
Fax	
E-mail	
Nazionalità	

TITOLI / CORSI NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA FAMILIARE

• Corso o qualifica conseguita	
• Data	Dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> svolto in Italia <input type="checkbox"/> svolto all'Estero
• Principali materie del corso e numero di ore complessive	
• Specificare se il titolo è stato riconosciuto, se è stato solo tradotto, se si è in attesa di riconoscimento	
• Istituto d'istruzione o Ente o che ha organizzato il corso	
• Corso o qualifica conseguita	
• Data	Dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> svolto in Italia <input type="checkbox"/> svolto all'Estero
• Principali materie del corso e numero di ore complessive	
• Specificare se il titolo è stato riconosciuto, se è stato solo tradotto, se si è in attesa di riconoscimento	
• Istituto d'istruzione o Ente o che ha organizzato il corso	

ALTRI TITOLI DI STUDIO / CORSI IN SETTORI DIVERSI DALL'ASSISTENZA FAMILIARE

• Corso o qualifica conseguita	
• Data	Dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> svolto in Italia <input type="checkbox"/> svolto all'Estero
• Principali materie del corso e numero di ore complessive	
• Istituto d'istruzione o Ente o che ha organizzato il corso	
• Specificare se il titolo è stato riconosciuto, se è stato solo tradotto, se si è in attesa di riconoscimento	

ESPERIENZA LAVORATIVA NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA FAMILIARE

• Data	Dal _____ al _____
• Principali mansioni e responsabilità	
• Data	Dal _____ al _____
• Principali mansioni e responsabilità	
• Data	Dal _____ al _____
• Principali mansioni e responsabilità	

Possibilità di presentare referenze dei precedenti datori di lavoro Sì No

<p align="center">CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI</p> <p><i>Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali</i></p>	<input type="checkbox"/> Attività di volontariato <input type="checkbox"/> Capacità di effettuare piccole riparazioni domestiche <input type="checkbox"/> Abilità culinarie <input type="checkbox"/> Capacità di acconciare i capelli <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
---	---

<p align="center">HO LAVORATO CON PERSONE ANZIANE CHE PRESENTAVANO I SEGUENTI PROBLEMI:</p>	Persona allettata Demenza Alzheimer Parkinson Non vedente Non deambulante Altro (specificare): _____
--	--

<p align="center">ESPERIENZA NELL'USO DI STRUMENTI</p> <p><i>Attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari, ecc... (es.:sollevatori, padelle,deambulatori)</i></p>	
---	--

MADRELINGUA	
-------------	--

<p align="center">ITALIANO</p> <p><i>Capacità di espressione orale</i></p>	<input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Scarso
---	---

ALTRE LINGUE CONOSCIUTE	
-------------------------	--

PATENTE DI GUIDA RICONOSCIUTA IN ITALIA	
---	--

DICHIARAZIONE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, dichiaro che le informazioni riportate nel presente Curriculum formativo professionale sono esatte, veritiere e documentabili.

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____