

Ambito Territoriale di Dalmine  
Equipe Inserimento Lavorativo

Domanda di inserimento lavorativo

di \_\_\_\_\_

Servizio inviante \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data di presentazione \_\_\_\_\_

### 1) DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

### 2) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

Caratteristiche delle relazioni familiari

---

---

### 3) DIAGNOSI

---

---

Eseguita da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Appartenente al servizio \_\_\_\_\_

Eventuale terapia farmacologia in atto \_\_\_\_\_

Prescritta da \_\_\_\_\_

Prescritta per \_\_\_\_\_

#### 4) INVALIDITA'

Invalidità riconosciuta:

Civile: SI  (allegare verbale di visita)      NO       domanda inoltrata il \_\_\_\_\_

Se sì in data \_\_\_\_\_

Percentuale \_\_\_\_\_

Diagnosi invalidità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altra invalidità:

In data \_\_\_\_\_

Tipologia \_\_\_\_\_

Entità \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

#### 5) ALTRE PROBLEMATICHE DEL SOGGETTO

disagio e/o emarginazione sociale \_\_\_\_\_

disabilità \_\_\_\_\_

abuso di sostanze \_\_\_\_\_

problematiche di relazione con gli altri (caratteristiche) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

procedimenti giudiziari (passati/presenti) \_\_\_\_\_

malattie (infettive, dermatologiche, altro) \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

#### 6) SCOLARITA'

• Scuola dell'obbligo \_\_\_\_\_

Conclusa nell'anno \_\_\_\_\_

• Qualifiche professionali e/o diplomi \_\_\_\_\_

Presso l'istituto \_\_\_\_\_

Conclusa nell'anno \_\_\_\_\_

- Altro percorso (specificare) \_\_\_\_\_

Concluso nell'anno \_\_\_\_\_

## 7) SERVIZIO DI LEVA

- Assolto       Non assolto, perché \_\_\_\_\_

## 8) ESPERIENZA LAVORATIVA

A) Azienda/Settore \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

Inquadramento \_\_\_\_\_

Causa dell'interruzione \_\_\_\_\_

B) Azienda/Settore \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

Inquadramento \_\_\_\_\_

Causa dell'interruzione \_\_\_\_\_

C) Azienda/Settore \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Periodo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

Inquadramento \_\_\_\_\_

Causa dell'interruzione \_\_\_\_\_

➤ Valutazione del soggetto sulle esperienze lavorative svolte

---

---

---

➤ Aspettative del soggetto

---

---

---

**9) REDDITO PERSONALE**

NO                       SI , derivante da

- Lavoro
- Pensione \_\_\_\_\_
- Sussidio \_\_\_\_\_
- Assegno di invalidità \_\_\_\_\_
- Indennità di frequenza \_\_\_\_\_
- Indennità di accompagnamento \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Reddito mensile € \_\_\_\_\_

**10) LISTA DI COLLOCAMENTO**

Il soggetto risulta attualmente iscritto alla lista di collocamento presso:

- a) Collocamento mirato (ex collocamento obbligatorio) di Bergamo: posizione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- b) Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_  
Sito in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**11) AUTONOMIA PERSONALE**

- a) Igiene e cura di sé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Situazione psicomotoria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Capacità di comunicazione e di relazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Capacità organizzativa nel quotidiano \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Rispetto di tempi e di regole nelle attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f) Autonomia e uso mezzi di trasporto \_\_\_\_\_

Patente SI  NO

Munito di  auto  moto  bicicletta

g) Uso del denaro \_\_\_\_\_

h) Impiego del tempo libero \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12) RAPPORTO CON IL SERVIZIO INVIANTE

A) Il soggetto è conosciuto dal Servizio inviante dal (data) \_\_\_\_\_

Motivazione della presa in carico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B) Progetti realizzati e in atto (dal Servizio inviante) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo di Intervento \_\_\_\_\_

Operatori referenti \_\_\_\_\_

Periodi di attuazione \_\_\_\_\_

C) Progetti /Interventi svolti da altri servizi SI  NO

Se si: Nome Servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tipo di Intervento \_\_\_\_\_

Operatori referenti \_\_\_\_\_

Periodi di attuazione \_\_\_\_\_

D) Motivazione della segnalazione del servizio inviante e aspettative

(consulenza, orientamento, ipotesi inserimento lavorativo, altro)

---

---

---

Primo orientamento del servizio inviante:

- Osservazione educativa per meglio orientare
- Consulenza psicologica
- Consulenza educativa
- Inserimento lavorativo in contesto protetto: part-time  full-time
- Inserimento lavorativo in ditta con accompagnamento educativo: part-time  full-time
- Inserimento lavorativo in ditta: part-time  full-time
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

Domanda redatta da _____ cognome e nome _____ qualifica _____
Data _____
Firma _____
Per accettazione: l'utente _____ Il familiare _____

Allegati:

- Copia Certificato di invalidità
- Documentazione sanitaria e, per utenti psichiatrici, relazione clinica
- Fotocopia libretto di lavoro
- Scheda di osservazione educativa
- Altro \_\_\_\_\_

*DICHIARAZIONE*

*L'utente/il familiare autorizza l'Equipe Inserimenti lavorativi dell'Ambito territoriale di Dalmine al trattamento dei dati sensibili ai sensi della Legge 675/96.*

*E' inoltre a conoscenza che l'Equipe Inserimenti lavorativi dell'Ambito territoriale di Dalmine utilizzerà i dati esclusivamente per scopi istituzionali.*

*il \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

*(firma)*