



Modulo iscrizione CORSO DI FORMAZIONE ASSISTENTI FAMILIARI

Il sottoscritto/a _____

DATI ANAGRAFICI

Codice Fiscale: _____ Sesso: M F

Nato/a _____ il ___/___/___ Provincia _____

Cittadinanza _____

Cell. _____

Residenza

Via/Piazza _____ n° _____

Comune di _____ CAP _____ Provincia _____

Domicilio *(se diverso dalla residenza)*

Via/Piazza _____ n° _____

Comune di _____ CAP _____ Provincia _____

ISTRUZIONE

scuola elementare

scuola secondaria 1° grado (medie) scuola secondaria di 2° grado (superiori)

laurea in _____

presso _____

conseguita in data ___/___/_____

FORMAZIONE *indicare i corsi di formazione frequentati (allegare attestato)*

Titolo _____ Anno _____

Presso _____ Durata _____ h

Titolo _____ Anno _____

Presso _____ Durata _____ h

Titolo _____ Anno _____

Presso _____ Durata _____ h

COMPETENZE LINGUISTICHE

1 _____ 2 _____ 3 _____

Livello _____ Livello _____ Livello _____

POSIZIONE LAVORATIVA ATTUALE

Occupato

Tipo di occupazione (stagionale, part-time, tempo pieno) _____

presso _____

Disoccupato

dal _____ - iscritto al Centro per l'Impiego di _____

Studente

presso _____ di _____

Altro _____

ESPERIENZE LAVORATIVE (indicare le esperienze lavorative pregresse)

Dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

CHIEDE

Di essere iscritto al Corso di Formazione per assistenti familiari "La Gestione del paziente Alzheimer" organizzato dalla Fondazione Benefattori Cremaschi Onlus.

Luogo, data _____, ___/___/___

Firma _____