



## SCHEDA PROFESSIONALE

ALTRE NOTIZIE SUL LAVORATORE										1
Appartenenza a liste speciali:		SI	NO	Tipo Lista						
Data inizio lista					Data fine lista					
PERCORSO STUDI										2
Titoli di studio		Codice		Anni frequenza		Votazione		Anno		Completato SI/NO
										SI/NO
										SI/NO
										SI/NO
										SI/NO
Altro ( Crediti formativi o percorsi integrati istruzione / formazione )										
ABILITAZIONI CONSEGUITE:										3
PERCORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE										4
Denomin. corso						Sistema Formativo Regionale				
Durata: n° ore		n° mesi	Completato		SI/NO					
Anno di conseguimento		Codice	Esito		Attestato frequenza					
Certificato		SI/NO	Stage finale		SI/NO	Specializzazione				
						Qualifica				
Denomin. corso						Sistema Formativo Regionale				
Durata: n° ore		n° mesi	Completato		SI/NO					
Anno di conseguimento		Codice	Esito		Attestato frequenza					
Certificato		SI/NO	Stage finale		SI/NO	Specializzazione				
						Qualifica				
APPRENDISTATO										5
Qualifica conseguita		C.C.N.L applicato		Livello di inquadr.						
Data di assunzione		Data di cessazione								
Denominazione Impresa		C.F./P.IVA								
Forma giuridica		settore								
TIROCINI										6
Denominazione tirocinio		Tipo (Rif.Legge)		Durata		Esito		Impresa		
				Ore	Mesi					
ALTRE CONOSCENZE ( lingue straniere )										7
Lingua		Grado di conoscenza			Modalità di apprend.		Certificato			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
ALTRE CONOSCENZE ( informatica )										8
Programma		Grado di conoscenza			Modalità di apprend.		Certificato			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
		Suff/te	Buono	Ottimo			SI/NO			
ALTRE CONOSCENZE										9

Certificate:

SI/NO

Patenti :

A - B - C - D - E

Abilità trasversali

Abilitazioni trasporti pubblici - KAP

( tutte quelle non documentabili )

SI/NO

Capacità digitazione

Nessuna

Discreta

Buona

## ESPERIENZE DI LAVORO DIPENDENTE

11

Data assunzione

Data cessazione

CCNL Applicato

Qualifica

Liv.

Mansione

Tipo di contratto

Durata in giorni

Orario di lavoro ( full-time / part-time ) n° ore

## DATORE DI LAVORO

12

Datore di lavoro

Codice attività

Partita Iva

Sede legale

Cap

Comune

Prov.

Telefono

e-mail

## ESPERIENZE DI LAVORO AUTONOMO

13

Attività

Data inizio attività

Data cessazione attività

Responsabilità altre persone

SI/NO

Forma giuridica

Tipologia / natura dei clienti

## ALTRE ESPERIENZE

14

Data inizio attività

Data cessazione attività

Beneficiari attività

Responsabilità altre persone

SI/NO

CCNL applicato

Qualifica

Liv.

Mansione

Tipo Contratto

Durata gg.

Orario di lavoro

T.PIENO

T.PARZIALE

n° ore

n° gg.

## NOTIZIE SULL'AZIENDA / ORGANISMO PRESSO CUI SI E' SVOLTA L'ATTIVITA' (Non obbligatorio)

Denominazione

Forma giuridica

Sede Comune

Prov

Via

Cap

## DISPONIBILITA'

15

Propensione

Disponibilità ad inserimenti

SI/NO

Tirocini

P.I.P.

Altro

Disponibilità alla formazione

SI/NO

Disponibilità alle trasferte

SI/NO

Disponibilità alla mobilità

&gt;di 50 Km

Centro Impiego

Ambito Provincia

SI NO

Ambito Regione

Ambito CEE

Ambito Nazione

Pendolarismo giornaliero	<input type="checkbox"/> SI/NO	Mobilità settimanale	<input type="checkbox"/> SI/NO
Durata percorrenza max in ore	<input type="checkbox"/>	Disponibilità auto propria	<input type="checkbox"/> SI/NO
<b>DISPONIBILITA' ART.16</b>			<b>16</b>
Reddito individuale anno precedente - imponibile IRPEF	<input type="checkbox"/>	N° persone a carico	<input type="checkbox"/>
Coniuge a carico	<input type="checkbox"/> SI/NO	Anzianità iscrizione	<input type="checkbox"/>
Qualifiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREFERENZE</b>			<b>17</b>
<b>CONTRATTO</b>		<b>ORARIO DI LAVORO</b>	
T.indet.	<input type="checkbox"/>	Apprendistato	<input type="checkbox"/>
T.determ.	<input type="checkbox"/>	Stagionale	<input type="checkbox"/>
Form.lav.	<input type="checkbox"/>	Interinale	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	Tempo Pieno	<input type="checkbox"/>
		T. Part-Time	<input type="checkbox"/>
		Turni	<input type="checkbox"/>
		Altro	<input type="checkbox"/>
<b>ATTESTAZIONE</b>			
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza degli obblighi di legge di cui all'art.2 co.1D.lgs.181/2000			
<input type="text"/>			Firma

## DISPONIBILITA'

( bis )

Propensione

Disponibilità ad inserimenti

SI/NO

Tirocini

P.I.P.

Altro

Disponibilità alla formazione

SI/NO

Disponibilità alle trasferte

SI/NO

Disponibilità alla mobilità

&gt;di 50 Km

Centro Impiego

Ambito Provincia

SI NO

Ambito Regione

Ambito CEE

Ambito Nazione

Pendolarismo giornaliero

SI/NO

Mobilità settimanale

SI/NO

Durata percorrenza max in ore

Disponibilità auto propria

SI/NO

## DISPONIBILITA'

( tris )

Propensione

Disponibilità ad inserimenti

SI/NO

Tirocini

P.I.P.

Altro

Disponibilità alla formazione

SI/NO

Disponibilità alle trasferte

SI/NO

Disponibilità alla mobilità

&gt;di 50 Km

Centro Impiego

Ambito Provincia

SI NO

Ambito Regione

Ambito CEE

Ambito Nazione

Pendolarismo giornaliero

SI/NO

Mobilità settimanale

SI/NO

Durata percorrenza max in ore

Disponibilità auto propria

SI/NO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

Firma







