

	Amministrazione destinataria Comune di Biassono Ufficio destinatario Ufficio di Piano	
---	--	--

Scheda di invio al Servizio Integrazione Lavorativa (SIL)

Il segnalante			
<i>(operatore di riferimento)</i>			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

<input type="checkbox"/> eventuale altro operatore di riferimento			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

SEGNALA

dati anagrafici del soggetto segnalato											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza							
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Domicilio											
Il domicilio corrisponde alla residenza											
<input type="radio"/>	Sì										
<input type="radio"/>	no										
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Piano			
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

Stato civile	
Patente B	
<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no
Automunito	
<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no
Condizione abitativa	
<input type="radio"/>	famiglia d'origine
<input type="radio"/>	famiglia adottiva/affidataria
<input type="radio"/>	comunità residenziale
<input type="radio"/>	nucleo autonomo
<input type="radio"/>	da solo
<input type="radio"/>	da solo con figli
<input type="radio"/>	da partner
<input type="radio"/>	con partner e figli
Contributi economici	
<input type="checkbox"/>	nessuno
<input type="checkbox"/>	assistenziali
<input type="checkbox"/>	previdenziali
<input type="checkbox"/>	RDC
Note eventuali	
Osservazioni sul nucleo familiare e sulla situazione economica o situazione giudiziaria	
Condizione di fragilità del soggetto segnalato	
<input type="radio"/>	persona in condizione di svantaggio legge 381/91
<input type="radio"/>	persona appartenente a fascia deboli
<input type="radio"/>	persona disabile

Invalidità civile					
Riconoscimento					
<input type="radio"/>	Sì				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Data	Percentuale		
Data	Percentuale				
<input type="radio"/>	no				
<input type="radio"/>	in attesa				
	Data presentazione domanda				
Tipologia					
<input type="checkbox"/>	fisica				
<input type="checkbox"/>	psichica				
<input type="checkbox"/>	intellettiva				
<input type="checkbox"/>	sensoriale				
<input type="checkbox"/>	mista				
Diagnosi					
Titolo di studio					
<input type="checkbox"/>	nessuno				
<input type="checkbox"/>	elementare				
<input type="checkbox"/>	media inferiore				
<input type="checkbox"/>	media superiore				
<input type="checkbox"/>	CFP				
<input type="checkbox"/>	percorsi personalizzati				
<input type="checkbox"/>	istituto professionale				
<input type="checkbox"/>	laurea				
Eventuali corsi di formazione frequentati					
Situazione occupazionale					
<input type="radio"/>	inoccupato (in cerca di prima occupazione)				
<input type="radio"/>	disoccupato (in cerca di nuova occupazione)				
<input type="radio"/>	occupato (part time o segnalazione solo per monitoraggio post assunzione)				
	Iscritto al centro per l'impiego				
<input type="radio"/>	sì				
<input type="radio"/>	no				
	Data iscrizione al centro per l'impiego				

Precedenti esperienze lavorative (tirocini, assunzioni)**Motivazioni e finalità della segnalazione al servizio integrazione lavorativa**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | sviluppo dell'autonomia personale, di competenze di base e trasversali |
| <input type="checkbox"/> | orientamento/riorientamento volto a definire il progetto professionale |
| <input type="checkbox"/> | ricerca e attivazione di tirocinio lavorativo |
| <input type="checkbox"/> | supporto alla ricerca attiva del lavoro |
| <input type="checkbox"/> | supporto al mantenimento del posto di lavoro |
| <input type="checkbox"/> | creazione e mantenimento della rete di sostegno |

La presa in carico avverrà a seguito di un incontro di presentazione concordato con gli operatori del servizio

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del documento d'identità o permesso di soggiorno del richiedente |
| <input type="checkbox"/> | documentazione attestante lo stato di invalidità |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del codice fiscale |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Biassono

Luogo

Data

Il dichiarante