



# QUESTIONARIO PRELIMINARE

Da utilizzare al primo contatto con l'utente.

**NOME:** \_\_\_\_\_

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**GENERE:** \_\_\_\_\_

**LUOGO DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DI TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

Stato di famiglia:       Single                       Coppia                       Famiglia con figli

Caratteristiche dell'assistenza (se pertinente): Durata

dell'assistenza

\_\_\_\_\_

Rapporto con la persona che necessita di assistenza

\_\_\_\_\_

Ore di assistenza giornaliere (media)

\_\_\_\_\_

Altre persone coinvolte nel processo di cura

\_\_\_\_\_

Istruzione (ultimo titolo di studio conseguito/ultimo istituto di istruzione frequentato):

\_\_\_\_\_

Corsi frequentati/altra formazione:

\_\_\_\_\_

Stato occupazionale:

Occupato

Non Occupato

Ultima/Attuale posizione lavorativa

---

Tipo di contratto (subordinato/freelance/temporaneo...)

---

Orario di lavoro (part-time/full-time)

---

Se disoccupato:

Motivi per cui l'ultima posizione lavorativa è cessata

---

Tempo trascorso senza un'occupazione formale

---

Qualsiasi altro mezzo di sostegno finanziario o di altro tipo (ad esempio, indennità di disoccupazione, accesso ai servizi sociali, ecc:)

---

Motivi per i quali ha contattato l'operatore:

---

Posizione lavorativa desiderata:

---

Obiettivi principali nella ricerca di un'occupazione:

---

Aspettative/paure/ostacoli sul mercato del lavoro:

---