



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:
