

Modulo di candidatura

mi candido per _____

Nome e cognome: _____

Via: _____ CAP e Località: _____ Data di nascita: _____

Nazionalità: _____ No. AVS: _____

Cell.: _____ Tel.: _____ Email: _____

Professione: _____ Diploma ottenuto: _____

Stato civile: _____ Numero e età dei figli: _____

Solo per stranieri _____

Già in possesso del riconoscimento del suo diploma tramite CRS? si no

Già in possesso del permesso di lavoro? si no Tipo di permesso e data di scadenza: _____

Libero esercizio: si no (solo per infermieri)

Fumatore: si no

Patente di guida: si no

Automunito: si no

Conoscenze linguistiche orali: indicare con le seguenti sigle: **O**=ottimo, **B**=buono, **D**=discreto, **N**=nozioni scolastiche

_____ Italiano _____ Tedesco _____ Sv. Tedesco _____ Francese _____ Inglese

Disponibilità: Di giorno Di notte Fine settimana/festivi

Osservazioni: _____ Eventuali orari: _____

Grado di occupazione massimo desiderato, in %: _____ Inizio collaborazione: _____

Allergie: _____ Attuale stato di salute: _____

Formazione scolastica: _____

Esperienza professionale: _____

Hobbies/sport praticati: _____

Data: _____ Firma: _____