



In collaborazione con:

ASSISTENZA FAMILIARE IN CIRCOLO
Servizio dedicato alle lavoratrici del settore domestico

- Da 70 anni nella storia, da parte della gente -

SEDI	INDIRIZZO	TELEFONO
Cuneo	Piazza Virginio, 13 Mail di riferimento info@aclicuneo.it	0171/452611
Movicentro -Cuneo	Piazzale della libertà, 16 Mail di riferimento movi@aclicuneo.it	0171/452691
Alba	P.zza S. Francesco, 4 Mail di riferimento ufficio.alba@aclicuneo.it	0173/33161
Bra	Piazza Roma, 5 Mail di riferimento ufficio.bra@aclicuneo.it	0172/055910
Fossano	Via Vescovado, 16 Mail di riferimento ufficio.fossano@aclicuneo.it	0172/636586
Mondovi	P.zza S. Maria Maggiore, 6 Mail di riferimento ufficio.mondovi@aclicuneo.it	0174/552481
Saluzzo	Via Piave, 17 Mail di riferimento ufficio.saluzzo@aclicuneo.it	0175/217568
Savigliano	Via Vittorio Veneto, 38 Mail di riferimento ufficio.savigliano@aclicuneo.it	0172/712963

SPORTELLO INCONTRA LAVORO DOMESTICO

Comune	Indirizzo	Apertura
CUNEO	P.zza Virginio, 13	Dal lunedì al Venerdì dalle 9,00 alle 12,00 (su appuntamento)

Lo sportello Incontra Lavoro si occupa di far incontrare la domanda e l'offerta di lavoro, su tutto il territorio provinciale.

Orario uffici	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
Mattino	08,30-12,30	08,30-12,30	08,30-12,30	08,30-12,30	08,30-12,30
Pomerggio	Chiuso	14,00-17,00	14,00-17,00	14,00-17,00	Chiuso

Email: info.cuneo@aclி.it

SCHEDA RACCOLTA DATI LAVORO DOMESTICO (Famiglie)

Badante convivente

Colf

Baby Sitter

Badante NON convivente

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Nazionalità _____ Stato civile _____

Carta Identità Patente Passaporto

N. documento: _____

RILASCIATO DAL (Comune/Prefettura/Questura): _____

Comune rilascio _____ Data rilascio/rinnovo: / / scadenza: / /

permesso di soggiorno

N. documento _____ Data rilascio/rinnovo: / / scadenza: / /

Residenza/Domicilio

(Via/P.zza) _____ Comune _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

(allegare copia carta d'identità, codice fiscale, permesso di soggiorno)

DISOCCUPATO DA / / OCCUPATO/CIG / /
(se Sì) Luogo _____ Orario _____

ISCRITTO LEGGE 68/99 (categorie protette)? |si| |no|

Soggetto fragile |si| |no| dal / /

Attestati di Laurea/corsi/formazioni _____
_____ data rilascio / /

Automunito? |si| |no| EDILE |si| |no| Attestato 16 ore: data rilascio / /

Orari: (dal lun alla dom) _____ Persone 1 2 Uomo Donna _____ Allergie si no Animali si no _____ Cerca dove? _____ Nel raggio di _____ km	Esperienze lavorative e/o tirocinio _____ _____ Altre referenze (e nr tel) _____ _____
---	---

Io sottoscritto dichiaro che quanto sopra riportato corrisponde al vero

Data / /

In fede _____