

SCHEDA PROFESSIONALE

ALTRE NOTIZIE SUL LAVORATORE			
Appartenenza a liste speciali :	si / no	tipo lista	
Data inizio lista	gg/mm/aa	Data fine lista	gg/mm/aa

PERCORSO DI STUDI			
Dottorato	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Laurea	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Laurea breve	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
IFTS	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Diploma	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Qualifica prof.	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Licenza Media	(codice e descrizione)	se completato: anno conseguimento	votazione
		se non completato:	n° anni frequentati
Licena elementare	(codice e descrizione)	anno conseguimento	votazione
Nessun titolo	(codice)		
Altro (anche crediti formativi o percorsi integrati istruzione /formazione) _____			

ABILITAZIONI CONSEGUITE	

FORMAZIONE PROFESSIONALE							
Denominazione Corso		codice		Sistema formativo Reg.le			
completato	si/no	anno conseguimento		durata	n° ore	n° mesi	
certificato	si/no	stage finale	si/no	esito	attestato di frequenza specializzazione qualifica		
Denominazione Corso		codice		Sistema formativo Reg.le			
completato	si/no	anno conseguimento		durata	n° ore	n° mesi	
certificato	si/no	stage finale	si/no	esito	attestato di frequenza specializzazione qualifica		
Denominazione Corso		codice		Sistema formativo Reg.le			
completato	si/no	anno conseguimento		durata	n° ore	n° mesi	
certificato	si/no	stage finale	si/no	esito	attestato di frequenza specializzazione qualifica		

APPRENDISTATO			
Qualifica conseguita		CCNL applicato	livello di inquadramento
data assunzione	gg/mm/aa		data cessazione
Denominazione impresa		codice fiscale	
forma giuridica		settore	

TIROCINI			
Denominazione Tirocinio		tipo	(rif. Legge) durata n° ore n° mesi
Denominazione Impresa		esito	certificato attestato di frequenza
Denominazione Tirocinio		tipo	(rif. Legge) durata n° ore n° mesi
Denominazione Impresa		esito	certificato attestato di frequenza
Denominazione Tirocinio		tipo	(rif. Legge) durata n° ore n° mesi
Denominazione Impresa		esito	certificato attestato di frequenza

ALTRE CONOSCENZE: lingue straniere						
Lingua	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Lingua	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Lingua	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Lingua	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no

ALTRE CONOSCENZE: informatica						
Programma	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Programma	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Programma	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Programma	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no
Programma	<input type="text"/>	grado di conoscenza	<input type="text"/>	mod. apprendimento	certificato	<input type="text"/> si/no

ALTRE CONOSCENZE:						

ALTRE ABILITA'						
Patenti	<input type="text"/> A B C D E F			abilitazione trasporti pubblici -KAP	<input type="text"/> si / no	
altri patentini				capacità digitazione	<input type="text"/> nessuna	<input type="text"/> discreta
abilità trasversali	<input type="text"/>					

ESPERIENZE DI LAVORO DIPENDENTE						
Data assunzione	<input type="text"/> gg/mm/aa	Data cessazione	<input type="text"/> gg/mm/aa			
CCNL applicato	<input type="text"/>	qualifica	<input type="text"/>	livello		<input type="text"/>
mansione	<input type="text"/>					
Tipo di contratto	<input type="text"/>	durata in giorni	<input type="text"/>	orario di lavoro	<input type="text"/> t.p t.d.	n° ore <input type="text"/>

Datore di lavoro						
Denominazione	<input type="text"/>		Forma giuridica	<input type="text"/>	Attività <input type="text"/>	
Codice fiscale	<input type="text"/>		Partita IVA <input type="text"/>			
Sede operativa; comune	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Via	<input type="text"/>	CAP <input type="text"/>

ESPERIENZE DI LAVORO AUTONOMO						
Data inizio attività	<input type="text"/> gg/mm/aa	Data cessazione attività	<input type="text"/> gg/mm/aa			
Attività	<input type="text"/> (Ateco '91)		forma giuridica	<input type="text"/>		
Responsabilità altre persone	<input type="text"/>			<input type="text"/> si / no		
Tipologia/natura dei clienti	<input type="text"/>					

ALTRE ESPERIENZE						
Data inizio attività	<input type="text"/> gg/mm/aa	Data cessazione attività	<input type="text"/> gg/mm/aa			
Beneficiari attività	<input type="text"/>		Responsabilità altre persone	<input type="text"/> si / no		
CCNL applicato	<input type="text"/>	qualifica	<input type="text"/>	livello		<input type="text"/>
mansione	<input type="text"/>					
Tipo di contratto	<input type="text"/>	durata in giorni	<input type="text"/>	orario di lavoro	<input type="text"/> t.p t.d.	n° ore <input type="text"/>

notizie sull'azienda / organismo presso cui si è svolta l'attività (non obbligatorio)						
Denominazione	<input type="text"/>		Forma giuridica	<input type="text"/>		
Sede :	comune <input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Via	<input type="text"/>	CAP <input type="text"/>

DISPONIBILITA'

Propensione professionale: a rapporti speciali:	qualifica	<input type="text"/>				
	tirocini	P.I.P.	altro (specificare) _____			
Disponibilità alla formazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Disponibilità alle trasferte		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Disponibilità alla mobilità:	> di 50Km	centro per impiego	provinciale	regionale	nazionale	ambito CEE
Pendolarismo giornaliero	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Mobilità settimanale		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Durata percorrenza max in ore	<input type="text"/>					
Disponibilità auto propria	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					

PREFERENZE

contratto:	<i>t. indeterminato</i>		<i>T. determinato</i>		<i>CFL</i>
	<i>apprendistato</i>		<i>stagionale</i>		<i>interinale</i>
	<i>altro</i> _____				
orario di lavoro:	<i>tempo pieno</i>			<i>part time</i>	
					<i>turni</i>

ATTESTAZIONE

Il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza degli obblighi di legge di cui all'art.2 co. 1 Dlgs 181/2000 in ordine alla immediata disponibilità allo svolgimento di attività lavorativa

Firma