

ALLEGATO A)



ASLSassari

PLUS

Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

SCHEDA DI ACCOGLIENZA

per iscrizione nel registro pubblico degli assistenti familiari SEZ. ____

OPERATORE _____ **Comune di** _____

Nome	Cognome	
Luogo e data di nascita	Sesso	Stato civile
Nazionalità		
Indirizzo		
C.F.		
Recapito telefonico / e-mail		

Composizione nucleo familiare di appartenenza	Luogo di residenza
1) Età	
2) Età	
3) Età	
4) Età	
5) Età	

se cittadino extracomunitario

Permesso Carta di soggiorno n.: _____ rilasciato dalla Questura di _____

per motivi di: _____ in data: _____

con scadenza in data: _____

se cittadino comunitario

Tipologia documento: Documento d'identità italiana n. _____ rilasciata dal
_____ in data _____

con scadenza in data: _____

Titolo di studio/qualifica professionale:

- Laurea _____
- Diploma _____
- Qualifica prof.le _____
- Licenza media

Patente di guida

Automunito

Eventuale occupazione attuale:

Disponibilità al lavoro:

- immediata
- da _____

Esperienza pregressa nel campo della cura alla persona:

MESI N° _____ TIPOLOGIA DI INQUADRAMENTO _____

MESI N° _____ TIPOLOGIA DI INQUADRAMENTO _____

Hai frequentato un corso di formazione attinente alla cura e all'assistenza delle persone anziane?

Si No N° ore: _____ presso l'ente _____

Disponibilità oraria:	Disponibilità spostamento dalla sede di residenza _____:
<input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pomeriggio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Notte	

- disponibile a prendersi cura solo di persone autosufficienti (autonome nella deambulazione, nella cura di sé, nell'igiene personale e nel mangiare)
- disponibile a prendersi cura di persone parzialmente autosufficienti (in grado di curare l'igiene personale, di usare i servizi igienici autonomamente)
- disponibile a prendersi cura di persone non autosufficienti (bisognose di assistenza nella cura e nell'igiene personale, nel mangiare, negli spostamenti)

disponibile a prendersi cura di nuclei familiari con più persone non autosufficienti (bisognose di assistenza nella cura e nell'igiene personale, nel mangiare, negli spostamenti)

Disponibile a prendersi cura di persone con le seguenti problematiche:

- invalidi fisici
- con diagnosi di morbo d'Alzheimer, demenza senile e altre malattie degenerative che provocano disturbi cognitivi e comportamentali
- malati in fase terminale / sla
- patologie psichiatriche

Numero di famiglie presso cui hai lavorato:

Eventuali referenze: Si No

Nominativi e/o recapiti per contatti: _____

Livello di conoscenza della lingua italiana:

- Insufficiente
- Sufficiente
- Buona
- Eccellente

NOTE/OSSERVAZIONI

L'operatore _____

DATA _____