

Progetto “La conciliazione...pronti, via sperimentiamo...”

Allegato 1: SCHEDA RILEVAZIONE BISOGNI di CONCILIAZIONE FAMIGLIA-LAVORO

Sezione 1 – dati anagrafici del richiedente

Nome e cognome del richiedente _____ Sesso: M F

Anno di nascita _____ Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Residenza: _____ Via _____ Tel. _____

Stato civile:

- Coniugato/a o convivente (nome del coniuge/convivente _____)
- Separato/a o divorziato/a
- Vedovo/a
- Celibe/nubile

Contratto di lavoro attuale:

Tipo:	Orario:	Lavori su turni?
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Full time	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> Tempo determinato	<input type="checkbox"/> Part time	Se si include turni notturni?
<input type="checkbox"/> A progetto/co.co.co.	<input type="checkbox"/> Occasionale, variabile	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> _____	dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	

Esistono forme di flessibilità oraria in entrata/uscita ? si no

Se no, ritiene che Le potrebbe essere d'aiuto ? si no

Reddito mensile _____

Abitazione in affitto di proprietà **Canone affitto/rata mutuo** _____

Luogo di lavoro _____

Dati datore di lavoro: nome, cognome/ragione sociale, codice fiscale, data di iscrizione alla gestione separata - solo per le tipologie di lavoro che prevedono l'iscrizione alla gestione separata - ovvero dichiarare di non avere datori di lavoro o committenti (solo per le libere professioniste iscritte alla gestione separata)

Indicare distanza tra il luogo di residenza e la sede fissa di lavoro e il tempo di raggiungimento : km _____ tempo _____

Indicare il mezzo con cui si raggiunge la sede di lavoro:

- A piedi
- Bicicletta
- Auto/moto
- Mezzi pubblici

Avrebbe la possibilità di modificare il proprio orario di lavoro per esigenze di conciliazione? si no

Sezione 2 – dati anagrafici del coniuge/convivente

Nome e cognome del coniuge/convivente _____ Sesso: M F

Anno di nascita _____ Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Residenza: _____ Via _____ Tel. _____

Contratto di lavoro attuale:

Tipo:		Orario:	Lavori su turni?
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Full time	dalle	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> Tempo determinato	<input type="checkbox"/> Part time	alle	Se si include turni notturni? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> A progetto/co.co.co.	<input type="checkbox"/> Occasionale, variabile	dalle	
<input type="checkbox"/> _____		alle	

Esistono forme di flessibilità oraria in entrata/uscita? si no

Se no, ritiene che Le potrebbe essere d'aiuto? si no

Reddito mensile _____

Luogo di lavoro _____

Dati datore di lavoro: nome, cognome/ragione sociale, codice fiscale, data di iscrizione alla gestione separata - solo per le tipologie di lavoro che prevedono l'iscrizione alla gestione separata - ovvero dichiarare di non avere datori di lavoro o committenti (solo per le libere professioniste iscritte alla gestione separata)

Indicare distanza tra il luogo di residenza e la sede fissa di lavoro e il tempo di raggiungimento : km _____ tempo _____

Indicare il mezzo con cui si raggiunge la sede di lavoro:

- A piedi
- Bicicletta
- Auto/moto
- Mezzi pubblici

Avrebbe la possibilità di modificare il proprio orario di lavoro per esigenze di conciliazione? Sì No

Sezione 3 – nucleo familiare

Minori a carico : inserire i dati relativi ad eventuali minori a carico

Nome e cognome del minore:

1.
2.
3.
4.
5.

N°	Legame con il richiedente	Data di nascita	Mentre lavora, il minore è	Ritiene questi servizi adeguati e sufficienti?	Percepisce agevolazioni economiche per tali servizi?	<u>Note</u>
1	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quali? _____ _____ _____	
2	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quali? _____ _____ _____	

			<input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro		_____	
3	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quali? _____ _____ _____ _____	
4	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quali? _____ _____ _____ _____	
5	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no quali? _____ _____ _____ _____	

Persone non autosufficienti (Art.3 comma 3 L.104): inserire i dati relativi ad eventuali familiari non autosufficienti conviventi

Nome e cognome:

1.
2.
3.

N°	Nome Cognome e Data di nascita	Legame con il richiedente	Percentuale d'invalidità riconosciuta	Usufruisce di interventi assistenziali?	I servizi usufruiti sono adeguati e sufficienti?	Percepisce reddito?	Note
1		<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
2		<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

3	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
----------	---	---	---	---	--

Luogo, Data _____

Firma _____