



PROVINCIA DI COMO

SETTORE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
Servizio Coordinamento Politiche del Lavoro

Telefono 031 82 55 700



RICHIESTA DI PERSONALE - DATORE DI LAVORO DOMESTICO		
Cognome e Nome _____		
C.F.	_____	
Indirizzo (via, comune): _____		
Indirizzo di svolgimento del lavoro (via – comune): _____	Raggiungibile con mezzi pubblici Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tel. _____	e-mail _____	
Referente _____		
N° componenti nucleo familiare _____	N° conviventi assistito _____	
Presenza animali <input type="checkbox"/> (specificare) _____		
MANSIONE RICHIESTA		
ASSISTENTE FAMILIARE <input type="checkbox"/>	COLF <input type="checkbox"/>	BABY SITTER <input type="checkbox"/>
N° di lavoratori da assumere _____		
INFORMAZIONI		
Esperienza nella mansione* SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
*Se rilevante specificare il n. di anni di esperienza _____		
Vitto incluso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alloggio incluso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo alloggio: camera singola <input type="checkbox"/> condivisa <input type="checkbox"/>
TIPO ASSUNZIONE		
Tempo indeterminato <input type="checkbox"/>	Tempo determinato <input type="checkbox"/> n. Mesi _____	
TIPOLOGIA ORARIA		
<input type="checkbox"/> Full-time: a giornata <input type="checkbox"/> su turni <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Part-time: a giornata <input type="checkbox"/> su turni <input type="checkbox"/>	
Orario di lavoro (specificare): _____ _____ _____	Totale ore settimanali _____	
Giorni lavorativi (specificare): _____ _____		

CARATTERISTICHE ASSISTITO PER BABYSITTER

N. Bambino/i _____ Età _____

Eventuali richieste specifiche (es. aiuto compiti): _____

Eventuali disabilità o necessità: _____

CARATTERISTICHE ASSISTITO PER ASSISTENTE FAMILIAREN. Assistiti: _____ Età: _____ Uomo Donna Autosufficiente Parzialmente autosufficiente Non autosufficiente Allettato

In caso di allettato indicare eventuale presenza di ausili: _____

Eventuali disabilità o necessità: _____

REQUISITI CANDIDATO (da compilare in base alla figura professionale scelta)Età: da _____ a _____ indifferente**Barrare la/ casella/e corrispondente**Preparazione pasti (cucina italiana) SI NOCura dell'igiene personale dell'assistito (solo per assistente familiare) SI NOPulizia e cura della casa e biancheria SI NOAcquisti per conto della famiglia (es. spesa, farmacia) SI NOSpostamenti sul territorio (es. spesa, visite, ecc.) SI NOPatente cat. ____ Indispensabile mezzo proprio SI NO

LINGUE CONOSCIUTE (inserire: sufficiente, buono, eccellente, madrelingua)	livello scritto	livello parlato	livello compreso

ACCORDO PER ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI RICERCA DI PERSONALE

Il Centro per l'Impiego offre ai Datori di lavoro, gratuitamente, i seguenti servizi:

 Preselezione dei Candidati

Ricerca mirata dei Candidati da parte del Servizio di Incontro Domanda offerta di lavoro

 Pubblicazione delle offerte

Pubblicazione dell'offerta di lavoro sul sito della Provincia di Como, per 30 giorni

(https://lavoro.provincia.como.it)

Il richiedente si impegna a comunicare, entro 10 giorni lavorativi, ai referenti del Servizio, l'esito della preselezione e l'eventuale chiusura della ricerca in atto per motivi diversi.

Si impegna altresì, sotto la propria responsabilità, a non cedere ad altri i dati contenuti nell'elenco e a non fare degli stessi un uso diverso da quello per il quale la richiesta viene inoltrata e a trattare i dati nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni e del regolamento UE 2016/679.

Ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs 198/2006 la presente offerta di lavoro è rivolta a lavoratori di entrambi i sessi.

Data _____ timbro e firma _____