



DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER SUPPLENZE

Cognome e nome:

Indirizzo completo:

.....

Nr. di telefono: Data di nascita:

Nr. AVS: Formazione:

Con la presente dichiarazione attesto di essere disponibile a svolgere supplenze presso l'istituto Provvida Madre in caso di malattia, infortunio o altra assenza imprevista del personale.

- Sono disponibile: a tempo pieno
 a tempo parziale (specificare)
 da subito
 a partire dal

Settore/reparto per il quale sono disponibile:

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Reparto Cura (è richiesta formazione infermieristica o sanitaria) | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Settore Adulti Unità Abitative Interne (foyer) | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Unità Abitative Esterne (con obbligo di picchetto notturno) | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio occupazionale (attività di legno/cuoio) | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Settore Minorenni (è richiesta una formazione pedagogica) | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Pulizie | Sì | No |
| <input type="checkbox"/> Trasporti | Sì | No |

Sono disposto a svolgere due turni di lavoro, a titolo gratuito, per conoscere la struttura e le persone che vi sono collocate.

Allegati richiesti: curriculum vitae, diplomi, estratto del casellario giudiziale

Osservazioni:

.....
.....
.....

Luogo e data: Firma:.....