

Residenze di Ospitalità per Anziani  
Fondazione - O.N.L.U.S.  
Via E. dal Pozzo, 61- tel. 075-5722345  
06126 PERUGIA  
[www.fontenuovo.it](http://www.fontenuovo.it)  
e-mail:[segreteria@fontenuovo.191.it](mailto:segreteria@fontenuovo.191.it)

## **QUESTIONARIO INFORMATIVO**

Nel ringraziarLa per l'interesse da Lei dimostrato verso di noi, La preghiamo di voler compilare in ogni sua parte e sottoscrivere il presente questionario informativo.

Tutte le notizie da Lei fornite saranno considerate con la massima riservatezza e gestite in accordo a quanto stabilito dal D.Lgs 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

### **DATI ANAGRAFICI:**

Cognome e  
Nome.....

Luogo e data di  
nascita.....

Residenza (località, via,  
numero).....

Indirizzo attuale (località, via,  
numero).....

Tel.....; e-mail:.....

Stato civile (compilazione facoltativa):

nubile/celibe;  coniugato/a;  separato/a;  divorziato/a;  vedovo/a

Compilazione obbligatoria ai fini dell'ottenimento degli sgravi fiscali:

iscrizione alle liste di mobilità;  iscrizione alle liste di disoccupazione;  iscrizione al collocamento obbligatorio

Invalido/a civile:  SI  NO (nella misura del.....%); Orfano/a:  SI  NO;

Superstite di caduti per servizio o lavoro:  SI  NO;

Coniuge o figlio/a di invalidi di guerra, servizio, lavoro:  SI  NO;

(indicare la scelta con una crocetta)

### **SITUAZIONE (Compilazione FAMILIARE facoltativa):**

Grado di parentela	Cognome e Nome	Anno di nascita	Conviv. (si-no)	Professione


<b>STUDI COMPIUTI</b>			
ISTITUTO O ENTE	TIPO DIPLOMA	DATA DIPLOMA	VOTAZIONE FINALE

<b>USO DEL COMPUTER:</b>	SI                    NO                    (indicare con una crocetta)
Indicare i programmi conosciuti:	

<b>POSIZIONE MILITARE:</b>	Arma.....Grado.....Periodo dal.....al.....
Idoneità.....Motivo della riforma o esonero.....	

<b>ESPERIENZE DI LAVORO</b>			
PERIODO	AZIENDA O ENTE	MANSIONI - CAT. CCNL	MOTIVO DI CESSAZIONE

<b>OCCUPAZIONE/I ATTUALE/I</b>			

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

## **MOTIVI DI INTERESSE PER LA POSIZIONE OFFERTA:**

## **MOTIVI DI INTERESSE PER LA POSIZIONE OFFERTA:**

---

---

---

---

---

## **REFERENZE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, si rende consapevole dell'indirizzo del carattere cattolico della Fondazione "Fontenuovo" (art. 11 CCNL Agidae).

## Data

## Firma