

MODULO DI REGISTRAZIONE

Sono interessato a sostenere protemp come aiutante

Nome e cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Telefono: privato:

Indirizzo e-mail:

cellulare:

lavoro:

No AVS:

Ambito di applicazione desiderato (comuni):

Orario di lavoro:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> settimanale | <input type="checkbox"/> al mattino |
| <input type="checkbox"/> nel pomeriggio | <input type="checkbox"/> ogni 2 settimane |
| <input type="checkbox"/> in serata | <input type="checkbox"/> mensile |
| <input type="checkbox"/> di notte | <input type="checkbox"/> su chiamata |
| <input type="checkbox"/> fine settimana | |

Possibile durata:

- 2-3 ore
- mezza giornata
- giorni interi
- fine settimana

Osservazioni:

Attività preferite:

- Cura del bambino disabile
- Sostegno della famiglia nel nucleo familiare
- Cura dei fratelli e delle sorelle
- Altri:

Osservazioni e aggiunte:

Luogo e data:

firma: