



ISTITUZIONE SERVIZI ALLA PERSONA  
**VALLI DEL VERBANO**

SERVIZIO NUCLEO INSERIMENTO LAVORATIVO  
Comuni Associati Area Distrettuale di Laveno Mombello  
Via Battaglia San Martino, 59 – Cuveglio (Va)  
Tel. 0332/658527-32 Fax 0332/658540  
e-mail: nil@cmvalcuvia.it

Cuveglio,  
Prot. N.

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE**

Data,

Servizio segnalante.....

Operatore segnalante..... Telefono .....

Cognome..... Nome.....

Data e luogo di nascita.....

Stato civile.....

Residenza: ..... Comune.....

Domicilio: via..... Comune.....

Telefono.....cell.....

In possesso di invalidità?            SI                            NO

Grado ..... diagnosi.....

.....

Situazione di salute

.....

.....

.....



Situazione previdenziale/pensionistica

.....  
.....

Iscrizione al collocamento ordinario:                      si                      no

Iscrizione al Collocamento Mirato Disabili:              si                      no

Situazione giuridica della persona

.....  
.....

Attuale posizione lavorativa:

- disoccupato      
in cerca di prima occupazione                                        
in mobilità      
altro     specificare.....

.....

Composizione del nucleo familiare

| Cognome e nome | grado di parentela | data di nascita | Professione | varie |
|----------------|--------------------|-----------------|-------------|-------|
|                |                    |                 |             |       |
|                |                    |                 |             |       |
|                |                    |                 |             |       |
|                |                    |                 |             |       |
|                |                    |                 |             |       |
|                |                    |                 |             |       |

Scuole frequentate

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



Segnalazioni particolari

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

Note sulla famiglia (eventuali)

.....  
.....

Breve relazione sociale

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

Aspettative verso il lavoro

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

Intervento richiesto

- collocamento mirato
- tirocinio
- borsa lavoro
- altro



ISTITUZIONE SERVIZI ALLA PERSONA  
**VALLI DEL VERBANO**

Note dell'operatore segnalante

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

Altri operatori/ servizi coinvolti

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

firma