



Sistema per lo sviluppo del personale lavorativo Questionario informativo e di avviamento rapido al collocamento

Compili questo modulo, così da aiutarci a trovare i servizi e i programmi più idonei alle sue esigenze.

Scriva in modo leggibile in stampatello.

Data: ____ / ____ / ____ Data di nascita: ____ / ____ / ____ Numero di previdenza sociale: ____ - ____ - ____

Cognome: _____ Nome: _____ *Sesso: Maschio Femmina

Indirizzo: _____ Città: _____ Stato: ____ CAP: _____ Contea: _____

Tel. abitazione: (____) _____ - _____ Cellulare: (____) _____ - _____ E-mail: _____

Lingua preferita: _____ *Etnia: Ispanica o Latino-americana Non ispanica o Latino-americana

*Razza: Nativa dell'Alaska o Indiana d'America Asiatica Nera o afro-americana Nativa delle Hawaii o di altre isole del Pacifico Bianca

*Ha una disabilità? Sì No

* Nota: La risposta a queste domande è volontaria. Le informazioni saranno tenute riservate e usate esclusivamente per finalità di archiviazione e di attuazione dei principi di equità. Non subirà penalizzazioni se non intende rispondere.

Istruzione:

Ultima classe completata: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Diploma di maturità o GED/TASC

Diploma/Certificato professionale: Istituto di rilascio: _____ Tipo: _____

Livello massimo universitario completato: Parziale - 1 anno 2 anni 3 anni Diploma di due anni Laurea di primo livello Master Dottorato

College frequentato: _____ Corso di studi: _____ Stato: _____

Stato scolastico: Frequento la scuola Non frequento la scuola Se a scuola, fornisca i dettagli: _____

Stato di veterano:

Ha svolto il servizio militare? Sì No Se sì, fornisca le date del servizio attivo: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Arma: _____ Condizione abitativa: Casa di proprietà In affitto Senza residenza fissa

Riceve sussidi a fronte di una disabilità per causa di servizio? Sì No Se sì, il livello di disabilità è del 30% o superiore? Sì No

Occupazione, ricerca di lavoro e preferenze:

Nome del datore di lavoro attuale: _____ Luogo di lavoro: _____

Qualifica: _____ Salario/stipendio: _____ orario/ annuale

Data di inizio: ____ / ____ / ____ Data di licenziamento (se nota): ____ / ____ / ____ Durata: ____ anni ____ mesi

Descrizione del lavoro (sia specifico): _____

Competenze (da tutti i lavori svolti/formazione): _____

Possiede un curriculum? Sì No Desidera essere aiutato/a ad aggiornare o creare un curriculum? Sì No

Desidera ricevere informazioni su Consigli per i colloqui Lettera di accompagnamento Fondi per la formazione Pianificazione della carriera

Per quali mansioni intende presentare richiesta nella ricerca di lavoro? _____

Elenchi alcune attività in cui potrebbe essere interessato a lavorare: _____

Sta pensando di iscriversi a una scuola o ad un corso di formazione? Sì No Se sì, a quale tipo di corso? _____

Qual è la retribuzione minima che si aspetta di guadagnare col prossimo incarico? _____ oraria / annuale

Quale orario di lavoro preferisce? Tempo pieno Part time Turno preferito: Primo Secondo Terzo Qualsiasi

Come si reca al lavoro? _____ Quante miglia è disposto a percorrere per raggiungere il luogo di lavoro? 5 10 25 50

Possiede una patente di guida? Sì No Se sì, rilasciata da quale stato: _____ Quali categorie di patente possiede?

Il Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York è un programma/datore di lavoro che rispetta le pari opportunità. I disabili possono usufruire di assistenza e di servizi supplementari su richiesta.