



Questionario d'entrata in servizio

Indirizzo di domicilio

Cognome:		Nome:	
Data di nascita:			
Via:	Nr.:	NAP/Località:	
Tel. domicilio:		Tel. lavoro:	
Cellulare:		E-mail:	
Professione attuale:			

Indirizzo di corrispondenza (se diverso da quello di domicilio)

Via:		Nr.:		NAP/Località:	
------	--	------	--	---------------	--

Licenza di condurre

In possesso durante il servizio	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
---------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

Telefono persona di contatto in caso di necessità

Nome:		Nr.:	
-------	--	------	--

Interrogazione sanitaria d'entrata

Mi annuncio per una visita medica	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
-----------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

Capacità lavorativa attuale

<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	___%
--------------------------	------	--------------------------	-----	--------------------------	------

Alimentazione

Regime particolare	<input type="checkbox"/>	Sì, Quale?	<input type="checkbox"/>	No
Allergie	<input type="checkbox"/>	Sì, A cosa?	<input type="checkbox"/>	No

IBAN (per il versamento del soldo)

Banca:		Nr. IBAN:	
--------	--	-----------	--

Direttive generali di servizio

Prendo atto delle norme che vietano: <ul style="list-style-type: none">• bevande alcoliche• sostanze stupefacenti Questi parametri devono essere garantiti già a partire dall' entrata in servizio. È proibito l'utilizzo del veicolo privato durante il servizio.
--

Data:		Firma:	
-------	--	--------	--

