

## Allegato 1: SCHEDA RILEVAZIONE BISOGNI di CONCILIAZIONE FAMIGLIA-LAVORO

	NOME E COGNOME	RAPPORTO CON IL RICHIEDENTE (ES. CONIUGE, CONVIVENTE, FIGLIO, ETC.)	TIPOLOGIA DEL CONTRATTO DI LAVORO  (INDICARE IL TIPO DI CONTRATTO IN ESSERE NEL PERIODO IN CUI SI È USUFRUITO DEL SERVIZIO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO)	INDICARE SE FULL TIME, PART TIME, OCCASIONALE, VARIABILE	ESISTONO FORME DI FLESSIBILITÀ ORARIA IN ENTRATA - USCITA? INDICARE SÌ O NO  SE NO, INDICHI SE LE POTREBBE ESSERE D'AIUTO	INDICARE IL LUOGO DI LAVORO (NOME AZIENDA E INDIRIZZO)	INDICARE LA DISTANZA KM ED IL TEMPO DI RAGGIUNGIMENTO TRA IL LUOGO DI RESIDENZA E LA SEDE FISSA DI LAVORO	INDICARE IL MEZZO CON CUI ABITUALMENTE RAGGIUNGE LA SEDE DI LAVORO (A PIEDI, IN BICI, IN AUTO/MOTO, MEZZI PUBBLICI)	AVREBBE LA POSSIBILITÀ DI MODIFICARE IL PROPRIO ORARIO DI LAVORO PER ESIGENZE DI CONCILIAZIONE? INDICARE SÌ O NO
<b>RICHIEDENTE</b>									
<b>1.DATI DEL CONVIVENTE IN ETA' LAVORATIVA</b>									
<b>2.DATI DEL CONVIVENTE IN ETA' LAVORATIVA</b>									

3.DATI DEL CONVIVENTE IN ETA' LAVORATIVA									
4.DATI DEL CONVIVENTE IN ETA' LAVORATIVA									
5.DATI DEL CONVIVENTE IN ETA' LAVORATIVA									

**In caso di nucleo familiare costituito da un solo genitore convivente con i propri figli minori**, specificare il rapporto con l'altro genitore non convivente (es. decesso, divorzio, separazione, etc.) e l'apporto da quest'ultimo fornito (mantenimento/tempo dedicato/modalità di gestione e cura dei figli minori):

---



---



---



---



---



---

Specificare la situazione lavorativa dell'altro genitore non convivente (occupato, disoccupato, inoccupato, cassa integrazione, etc.)

---



---



---



---

**Minori a carico : inserire i dati relativi ai minori a carico**

N°	NOME, COGNOME E DATA DI NASCITA DEL MINORE	Legame del minore con il richiedente	Legame del minore con il convivente in età lavorativa n.1	Legame del minore con il convivente in età lavorativa n.2	Legame del minore con il convivente in età lavorativa n.3	Legame del minore con il convivente in età lavorativa n.4	Legame del minore con il convivente in età lavorativa n.5	Mentre lavora/lavorate te, il minore è:	Ritiene questi servizi adeguati e sufficienti?	Se no, perché?
1		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
2		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

3	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
4	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> All'asilo nido <input type="checkbox"/> A scuola <input type="checkbox"/> Con un babysitter <input type="checkbox"/> Al pre-scuola <input type="checkbox"/> Al dopo-scuola <input type="checkbox"/> Con nonni o parenti <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

***Persone non autosufficienti a carico (Art.3 comma 3 L.104): inserire i dati relativi ad eventuali familiari non autosufficienti conviventi.***

N°	NOME, COGNOME E DATA DI NASCITA	Legame con il richiedente	Legame con il convivente in età lavorativa n.1	Legame con il convivente in età lavorativa n.2	Legame con il convivente in età lavorativa n.3	Legame con il convivente in età lavorativa n.4	Legame con il convivente in età lavorativa n.5	Mentre lavora/lavorate, di quali servizi assistenziali usufruisce?	Ritiene questi servizi adeguati e sufficienti?
1		<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Diurno part-time <input type="checkbox"/> Diurno full-time <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no  Se no, perché? _____ _____ _____
	2	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Diurno part-time <input type="checkbox"/> Diurno full-time <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Altro _____

3	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Diurno part-time <input type="checkbox"/> Diurno full-time <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no  Se no, perché? _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Suocero/a <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Diurno part-time <input type="checkbox"/> Diurno full-time <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Altro _____
4								

Luogo, Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_