



- Coop. ACLI Bresciane "G. Agazzi" Società cooperativa

INVIARE VIA MAIL: *coop.agazzi@aclibresciane.it* OPPURE VIA FAX 030/2294026

RICHIESTA DI ASSUNZIONE

COGNOME _____ NOME _____

M F NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

STATO CIVILE **O Nubile/Celibe** **O Divorziata** **O Separata**

O Sposata **O Convivente** **O Vedova**

Figli n. _____ **di anni** _____

CORSO IGIENE ASL **O Si** **O No** **Valido fino al** _____

PATENTE **O Si** **O No**

AUTOVETTURA **O Si** **O No** **O Servizio Autobus**

DISPONIBILITA' SABATO/DOMENICA **O Si** **O No**

PREFERENZA **O Tempo pieno** **O Part-time (ore _____)**

PRECEDENTI ESPERIENZE DI LAVORO:

REFERENZE:

Autorizzo il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96.

DATA _____

FIRMA _____