

SCHEDA G.I.C.O.

Proposta di inserimento lavorativo ex L. 68/99 di invalidi in carico ai Servizi

Dati Anagrafici

Cognome e nome:.....

Domicilio

Via.....

Tel.....

Codice Fiscale.....

Invalidità civile

Percentuale.....

Tipo di disabilità Fisica psichica sensoriale

Diagnosi

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

Pensione d'invalidità si no

Indennità di accompagnamento si no

Altre previdenze economiche si no

Attestato H si no art. 3 si no

Diagnosi funzionale ex Legge 68/99 (riportare il testo della relazione conclusiva e indicare quale tipologia di inserimento lavorativo è crocettata)

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

Distretto di appartenenza

.....

Operatori di riferimento (nome cognome, professione e telefono)

.....
.....

Precedenti esperienze lavorative in ambito lavorativo (indicare le sedi di lavoro, il profilo professionale, le mansioni effettivamente svolte, la durata e gli eventuali motivi di interruzione)

1) Denominazione: profilo professionale:
mansioni: durata:
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
motivi della interruzione.....

2) Denominazione: profilo professionale:
mansioni: durata:
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
motivi della interruzione.....

3) Denominazione: profilo professionale:
mansioni: durata:
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
motivo di interruzione.....

4) Denominazione: profilo professionale:
mansioni: durata:
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
motivo di interruzione.....

5) Denominazione: profilo professionale:
mansioni: durata:
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
motivo di interruzione.....

Note socio-psicologiche e comportamentali utili per l'inserimento lavorativo

Cura di sé

Cura l'igiene personale quotidianamente	si	no
Ha sempre abiti puliti	si	no
Ha un abbigliamento adeguato al contesto	si	no
Altro.....		

Capacità di collaborazione

Sa rapportarsi educatamente con colleghi	si	no
Sa rapportarsi educatamente con superiori	si	no
Sa rapportarsi educatamente con clienti/utenti	si	no
Tende ad essere leader	si	no
Tende ad essere gregario	si	no
Ha un carattere assertivo	si	no
Ha un carattere collaborativo	si	no
Ha un carattere remissivo	si	no
Ha capacità di lavoro autonomo	si	no

Ha capacità di iniziativa si no
Altro.....

Rispetto delle regole sociali e lavorative

Sa rispettare i ruoli si no
Sa tenere in ordine il proprio ambiente si no
Sa rispettare lo spazio altrui si no
Sa comunicare in modo chiaro e tempestivo si no
Sa trasmettere le informazioni in modo corretto ai propri colleghi si no
Sa dare le informazioni in modo corretto a clienti/utenti si no
E' puntuale si no
Esegue nei tempi prestabiliti i compiti assegnati si no
Sa utilizzare in modo adeguato gli strumenti a lui/lei affidati si no
Altro.....

Capacità di ambientamento e apprendimento

Sa comprendere un testo scritto si no
Sa scrivere senza errori di ortografia si no
Sa scrivere con una sufficiente costruzione frasale si no

Sa eseguire un compito affidato rispettando la sequenza temporale indicata si no
Capacità di armonizzarsi con l'ambiente circostante si no
Altro.....

Capacità di gestione delle emozioni in situazioni nuove e/o di stress

Sa controllare le proprie emozioni si no
Sa svolgere il compito assegnato anche in situazioni di tensione si no
Rimane emotivamente impigliato nelle situazioni di tensione si no
Si sintonizza con le tensioni ambientali si no
Sa mettere distanza fra le sue problematiche e l'ambiente circostante si no
Altro.....

Grado di autonomia e responsabilità

Sa raggiungere un luogo prefissato autonomamente si no
Sa orientarsi sul territorio si no
E' autonomo negli spostamenti indipendentemente dalla flessibilità degli orari lavorativi si no
Sa gestire le proprie pratiche amministrative si no
Altro.....

Punti di forza e punti di debolezza

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

Motivazione verso il lavoro

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

Attuale condizione clinica

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

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

Proposte sulle mansioni e le aree di lavoro ritenute più idonee

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

Patente si no cat.

Preferibile un impiego a tempo pieno si no part-time si no

Data

L'EQUIPE

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



PROFILO SOCIO – LAVORATIVO

Nome e Cognome.....

Stato anagrafico

- Celibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Separato/a
 Divorziato/a Convivente

Situazione Familiare

- Solo Con figli Con il coniuge Con i genitori
 Altro:.....

Condizione Lavorativa

- Occupato Disoccupato In cerca di prima occupazione
 Studente Casalinga Pensionato

Spostamenti

- Con mezzi propri Con mezzi pubblici altro.....
 Patente.....

PERCORSO SCOLASTICO E FORMATIVO

Titolo di Studio:

- Nessuno Scuola Elementare Scuola Media Inferiore

Corso di Formazione Professionale con certificato di frequenza:

Corso di Formazione Professionale con attestato di qualifica:

Diploma di qualifica (3 anni).....

Diploma di maturità.....

Diploma universitario.....

Laurea Triennale.....

Laurea Specialistica.....

Corso di specializzazione post-laurea.....

Specificare eventuali tirocini lavorativi effettuati durante il periodo scolastico e/o formativo indicando la sede, la durata e le mansioni svolte

Sede.....

Durata.....

Mansioni svolte.....

ATTIVITA' LAVORATIVE (indicare le sedi di lavoro, il profilo professionale, le mansioni effettivamente svolte, la durata e gli eventuali motivi di interruzione)

- 1) Denominazione:.....profilo professionale:.....
mansioni:.....durata:.....
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
- 2) Denominazione:.....profilo professionale:.....
mansioni:.....durata:.....
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo
- 3) Denominazione:.....profilo professionale:.....
mansioni:.....durata:.....
 Attività di lavoro dipendente Attività di lavoro autonomo

Altre modalità di attività lavorativa (es. inserimenti socio-terapeutici, borse di studio,

tirocini, borsa lavoro)

- 1) Denominazione:.....mansione:.....
durata:.....motivazione dell'interruzione:.....
- 2) Denominazione:.....mansione:.....
durata:.....motivazione dell'interruzione:.....
- 3) Denominazione:.....mansione:.....
durata:.....motivazione dell'interruzione:.....

Quale interesse la persona dichiara verso l'attività lavorativa:

.....
.....

DIAGNOSI FUNZIONALE*

Operatore/i.....
Ruolo/i professionale/i.....

Informazioni utili alla compilazione della scheda

Diagnosi funzionale della persona disabile ai fini del collocamento mirato. Capacità utili per lo svolgimento di attività lavorative.

Consiste in una valutazione qualitativa e quantitativa, attuale e potenziale, di come la persona "funziona" per