



ASSOCIAZIONE LUGANESE FAMIGLIE DIURNE

Via Sorengo 6
6900 Lugano
Tel. 091/968.15.70
e-mail: coordinamento.lug@famigliediurne.ch

FORMULARIO ISCRIZIONE - FAMIGLIA DIURNA

| | CANDIDATA | MARITO/CONVIVENTE |
|-----------------------------------|--|--|
| COGNOME : | | |
| NOME : | | |
| DATA DI NASCITA : | | |
| NO.AVS: | | |
| VIA : | | |
| CAP E DOMICILIO: | | |
| STATO CIVILE : | | |
| SPOSATI DAL (GG/MM/AA): | | |
| FORMAZIONE: | | |
| PROFESSIONE : | | |
| TELEFONO CASA: | | |
| CELLULARE : | | |
| E-MAIL : | | |
| LINGUA/E MADRE/I : | | |
| NAZIONALITA' : | | |
| IBAN: | | |
| NOME BANCA: | | |
| PERMESSO SE STRANIERI : | <input type="checkbox"/> domiciliato (C) <input type="checkbox"/> dimorante (B) <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> domiciliata (C) <input type="checkbox"/> dimorante (B) <input type="checkbox"/> altro |
| IMPOSTE ALLA FONTE (CANDIDATA) | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| ISCRITTA ALLA DISOCCUPAZIONE | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |

FIGLI/A/O A CARICO :

COGNOME E NOME :

DATA DI NASCITA :

M F

M F

M F

.....

.....

.....

OSSERVAZIONI :

.....

.....

.....

La/il sottoscritta/o dichiara di aver ricevuto lo Statuto e le Informazioni generali che regolano l'attività dell'Associazione Luganese Famiglie Diurne (ALFD), di accettarne le condizioni e di condividere le finalità dell'ALFD.

Firma (candidata)

Firma (marito o convivente).....

Luogo e data:

Documenti da allegare con l'iscrizione:

- Curriculum vitae con foto (candidata)
- Questionario iniziale candidate Famiglie Diurne
- Copia permesso (se stranieri)
- Copia carta d'identità
- Estratto casellario giudiziale tradizionale (per tutti i membri maggiorenni del nucleo familiare)
- Certificato medico che attesti l'idoneità della candidata a svolgere questo tipo di attività