WE ARE YOUR DOL

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

A proud partner of the AmericanJobCenter network

Modulo di registrazione al Centro per l'impiego

L'asterisco (*) indica i campi obbligatori. Scrivere in modo chiaro.

Dobbiamo raccogliere maggiori informazioni personali dagli utenti per ottemperare agli obblighi federali di segnalazione per i programmi finanziati ai sensi del Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA). I dati sono trattati solo per finalità correlate al WIOA. I Centri per l'impiego dello Stato di New York seguono le linee guida federali per il trattamento e la protezione delle informazioni di identificazione personale. **Ausili e servizi sono disponibili su richiesta per le persone con disabilità.**

Qual è la sua lingua preferita? _____ Se non è l'inglese, ha bisogno di un interprete? ☐ Sì ☐ No

Spunti qui per indicare che conosce le indicazioni dell'avviso "La pari opportunità è legge". ☐

Dati dell'utente

N. previdenza (SSN:_____-_____-_____ o Numero di identificazione di New York: _____

*Cognome: _____ *Nome: _____ Iniz. Sec. Nome _____

*Data di nascita:_____ / _____ / _____ Genere: ☐ Maschio ☐ Femmina

Se Lei è un uomo nato dopo il 31 dicembre 1959, è registrato presso il servizio SSS per l'arruolamento? ☐ Sì ☐ No

Numero della patente o del documento passeggero rilasciati dallo Stato di New York: _____

Oppure altro documento accettato come prova della data di nascita:_____ (Consultare lo staff)

*Indirizzo di residenza: _____ N. appart._____

*Città: _____ *Stato:_____ *Cod. postale (+4 non richiesto): _____ - _____

Indirizzo postale (se diverso da quanto sopra): _____

Contea:_____ Email: _____

Telefono abitazione: (_____) _____ - _____ Cellulare: (_____) _____ - _____

Come preferisce essere contattato? ☐ Email ☐ Cellulare ☐ Corrispondenza ☐ Telefono abitazione

Lei è un cittadino degli Stati Uniti? ☐ Sì ☐ No Se no, Lei è autorizzato a lavorare negli Stati Uniti? ☐ Sì ☐ No

Se sì, Numero di registrazione immigrato: _____

Origine etnica/razza

Nota: Le domande sull'origine etnica e la razza sono facoltative. I dati sono riservati e saranno usati soltanto per gli obblighi in materia di conservazione documentale e pari opportunità. Non sarà penalizzato se deciderà di non rispondere.

Origine etnica: ☐ Ispanica o latina ☐ Non ispanica o latina

Razza: (Selezionare tutte le opzioni pertinenti) ☐ Bianca ☐ Nera o Afro-americana ☐ Nativi americani o nativi dell'Alaska ☐ Asiatica ☐ Nativi delle Hawaii o di altra isola del Pacifico

Istruzione

*Istruzione (selezionare il livello più alto completato) Grado: ☐ Nessuno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

☐ Diploma HS ☐ Equivalente HS ☐ Nessun diploma ☐ Diploma IEP/Disabile con attestato di completamento

Nota: La divulgazione dei dati sul diploma IEP/attestato per disabili è volontaria. Lei non sarà penalizzato se non comunicherà i dati sul diploma IEP o sull'attestato di completamento per disabili.

College: ☐ 1 anno ☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni e oltre Se College, selezionare tutte le opzioni pertinenti:

☐ College non terminato ☐ Diploma/attestato professionale ☐ Associate's Degree
☐ Laurea di primo grado (BD) ☐ Laurea magistrale
☐ Dottorato (PhD)

*Lei sta frequentando un istituto secondario, post-secondario, di formazione professionale, tecnico o accademico a tempo pieno? ☐ Sì ☐ No

Intende tornare a scuola quando inizierà il prossimo ciclo di studio? ☐ Sì ☐ No

Assunzione lavorativa

*Attualmente lei è assunto? ☐ Sì ☐ No Se No, quante settimane è stato disoccupato? _____

Se Sì, Lei è assunto a ☐ Tempo pieno ☐ Tempo parziale Quante ore lavora ogni settimana? _____

Lei ha presentato domanda per il sussidio di disoccupazione? ☐ Sì ☐ No Se Sì, quando l'ha presentata? _____

Lei ha attualmente diritto a ricevere il sussidio di disoccupazione? ☐ Sì ☐ No

Servizio militare

Nota: I veterani e i "coniugi idonei" ricevono il servizio prioritario.

*Lei ha prestato servizio nelle Forze armate degli Stati Uniti? ☐ Sì ☐ No *Lei è un coniuge idoneo di un veterano? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, in quale reparto dell'esercito? Date di servizio attivo: ____ / ____ / ____ fino a ____ / ____ / _____

Preferenze lavorative

Selezioni le sue preferenze:

Settimana lavorativa: ☐ Tempo pieno (30 ore o più a settimana) ☐ Tempo parziale (meno di 30 ore a settimana) ☐ Qualsiasi

Durata (periodo di assunzione): ☐ Regolare (più di 150 giorni) ☐ Temporanea (3 giorni o meno) ☐ Regolare o temporanea (4-150 giorni)

Retribuzione minima accettata: $ _____ . _____ per ☐ Ora ☐ Giorno ☐ Settimana ☐ Mese ☐ Anno ☐ Altro

Data in cui è disponibile a lavorare: ____ / ____ / _____

Quali turni di lavoro è disposto a fare? Selezioni tutte le risposte pertinenti.
☐ Primo (turno che inizia al mattino) ☐ Secondo (turno che inizia al pomeriggio/sera)
☐ Terzo (turno che inizia di notte) ☐ Misto ☐ Rotazione ☐ Qualsiasi

*Lei è un migrante o un lavoratore agricolo stagionale? (per le definizioni, consultare lo staff o il Questionario aggiuntivo) ☐Sì ☐No

Sedi di lavoro accettabili

*Sono disponibile a lavorare in questo codice postale, Contea o Stato (spuntare il numero di miglia e scrivere il codice postale):

☐ 10 ☐ 25 ☐ 50 ☐ 100 miglia dal codice postale _____ Contea _____ Stato _____

Nota: Se Lei sta ricevendo il sussidio di disoccupazione, potrebbe essere tenuto a viaggiare per 1 ora tramite trasporto privato o per 1 ora e mezza tramite trasporto pubblico.

Obiettivo lavorativo

*Obiettivo lavorativo/tipo di lavoro ricercato: Posizione lavorativa _____

Posizione lavorativa _____

*Lavori/posizioni più recenti: **Posizione** **Esperienza nel ruolo**

_____ Anni _____ Mesi _____

_____ Anni _____ Mesi _____

Esperienza lavorativa

Se Lei ha fatto esperienze lavorative, scriva quanti più dati possibili in questa sezione per consentirci di aiutarla a trovare un lavoro. Scriva per primi i lavori più recenti. Compili tutti i campi obbligatori per ogni datore di lavoro.

*Posizione: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

* Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non USA): _____

*Data di inizio (mese/giorno/anno): ____ / ____ / ____ * Data di fine (mese/giorno/anno): ____ / ____ / ____ Ore di lavoro per settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: (_____) _____ - _____

*Retribuzione $: _____ per ☐ h ☐ g. ☐ set. ☐ me. ☐ an. ☐ altro *Motivo dimissioni: _____

*Incarichi: _____

Esperienza lavorativa, prosegue

*****Posizione: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

* Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non USA): _____

*Data di inizio (mese/giorno/anno): _____/_____/_____ * Data di fine (mese/giorno/anno): _____/_____/_____
Ore di lavoro per settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: (_____) _____ - _____

*Retribuzione $: _____ per ☐ h ☐ g. ☐ set. ☐ me. ☐ an. ☐ altro *Motivo dimissioni: _____

*Incarichi: _____

_____

*****Posizione: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

* Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non USA): _____

*Data di inizio (mese/giorno/anno): _____/_____/_____ * Data di fine (mese/giorno/anno): _____/_____/_____
Ore di lavoro per settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: (_____) _____ - _____

*Retribuzione $: _____ per ☐ h ☐ g. ☐ set. ☐ me. ☐ an. ☐ altro *Motivo dimissioni: _____

*Incarichi _____

_____

Assistenza per l'adeguamento commerciale (TAA)

Il Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York le ha mai notificato (con il modulo TA722) che ha diritto a ricevere l'**Assistenza per l'adeguamento commerciale**? ☐ Sì ☐ No Se Sì, scrivere il numero della petizione TAA: _____

Se No, Lei ha perso il lavoro a causa del commercio estero? ☐ Sì ☐ No

Patente di guida

Lei ha una patente di guida? ☐ Sì ☐ No Data di emissione: _____

Che tipo di patente possiede? ☐ Classe A (veicolo a rimorchio) ☐ Classe B (autocarro/autobus)
☐ Classe C (veicolo commerciale leggero)
☐ Classe Cn (C non commerciale) ☐ Classe D (operatori) ☐ Classe E (taxi)
☐ Classe M (motocicletta)

Autorizzazioni: ☐ Trasporto passeggeri ☐ Materiali pericolosi ☐ Autocisterna ☐ Motocicletta
☐ Autobus scolastico ☐ Doppi/tripli ☐ Cisterna pericolosa ☐ Freni pneumatici

Le servono servizi di trasporto speciale per raggiungere la sede del lavoro? ☐ Sì ☐ No
Può avvalersi di mezzi affidabili per lo spostamento da casa al posto di lavoro? ☐ Sì ☐ No

Qualifiche/licenze

Lei ha una qualifica o una licenza professionale? ☐ Sì ☐ No

*Qualifica/licenza: _____ *Ente o organizzazione emittente: _____

Data di emissione (mese/anno): _____ /_____ Stato: _____ *Paese: _____

Ulteriori qualifiche o licenze:

*Qualifica/licenza: _____ *Ente o organizzazione emittente: _____

Data di emissione (mese/anno): _____ /_____ Stato: _____ *Paese: _____

Istituti scolastici

Lei ha un diploma, una laurea o un certificato educativo? ☐ Sì ☐ No

*Corso di studio: _____ *Laurea: _____ Data di completamento (mese/anno): _____ /_____

*Istituto emittente: _____ *Stato: _____ *Paese: _____

*Corso di studio: _____ *Laurea: _____ Data di completamento (mese/anno): _____ /_____

*Istituto emittente: _____ *Stato: _____ *Paese: _____

Competenze e qualifiche lavorative

***Scriverne almeno una**.

Scrivere le competenze e le abilità che Lei ha sfruttato durante lavori, attività di volontariato o esperienze personali, o che ha acquisito tramite istruzione o formazione. Esempi: tecniche di laboratorio, carpenteria, saldatura, lettura di disegni tecnici, dattilografia, abilità informatiche come uso di programmi di videoscrittura o di grafica computerizzata, linguaggi di programmazione. Includa anche tutte le lingue che parla in modo fluente.

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Scriva le qualità o i conseguimenti correlati al suo obiettivo lavorativo: _____

_____

Scriva qualsiasi riconoscimento ricevuto o attività esterna a cui ha partecipato: _____

_____

Io certifico che le informazioni rilasciate con questo documento sono vere e accurate per quanto concesso dai limiti delle mie conoscenze.

***Firma** _____ ***Data** _____

Il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York è un datore di lavoro che rispetta le pari opportunità.
Se richiesti, ausili e servizi aggiuntivi sono disponibili per le persone con disabilità.