

NOME E COGNOME:

NOME E COGNOME:

## INFORMAZIONI SULLA MIA FAMIGLIA

NOME: \_\_\_\_\_

RELAZIONE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CITTÀ, STATO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

### FAMILIARI:

NOME: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

### RECAPITI DI LAVORO:

NOME: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SU DI ME

Nome: \_\_\_\_\_

Compleanno: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Colore degli occhi: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Colore dei capelli: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Altezza: \_\_\_\_\_ Lavoro: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Tel. lavoro: \_\_\_\_\_

Medico di famiglia: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Ospedale: \_\_\_\_\_

Città, Stato: \_\_\_\_\_

Diagnosi/esigenze particolari: \_\_\_\_\_

Sistemazioni richieste: \_\_\_\_\_

Occhiali: \_\_\_\_\_

Protesi acustiche: \_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_

Medicine (dosaggio): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Human Resources  
Administration  
Department of  
Homeless Services

Department of  
Social Services



NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL CONTATTO DI EMERGENZA LOCALE

NOME: \_\_\_\_\_

RELAZIONE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CITTÀ, STATO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

SE UNO O ENTRAMBI I GENITORI NON POSSONO  
OCCUPARSI DEI FIGLI, QUESTA PERSONA SAREBBE  
DISPOSTA A OCCUPARSENE?

### FAMILIARI:

NOME: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_