



Progetto cofinanziato da Unione Europea



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014 -2020

Obiettivo Specifico 3 Rimpatrio - Obiettivo Nazionale 2 Misure di Rimpatrio – Misure di rimpatrio – lett. g)  
Realizzazione di interventi di RVAeR per favorire il processo di reinserimento dei rimpatriati nei Paesi di Origine  
RVAeR 2018

### PROGETTO ERMES 3 PROG-2674

## Scheda di candidatura e Piano di Reintegrazione Individuale I colloquio

Città di compilazione:	
Data di compilazione:	
Ente segnalatore	Nome ente:
	Contatti del referente:
Operatore/mediatore:	Nome:
	tel./email:
Prefettura di riferimento:	
Questura di riferimento:	

## SEZIONE ANAGRAFICA

DATI CANDIDATO		
<input type="checkbox"/> Destinatario <input type="checkbox"/> Familiare a carico		
Cognome		
Nome		
Se familiare a carico, nome e cognome del capofamiglia		
Numero di cellulare italiano e/o numero fisso		
Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Codice fiscale		
Data e luogo di nascita	Data:	
	Stato:	
	Città/Paese:	
Nazionalità		
Residenza (città, via, n. civico)		
Domicilio (città, via, n. civico), se diverso dalla residenza		
Stato civile		
Passaporto o altro documento di viaggio: _____	Numero	
	Scadenza	
Tipologia permesso		
Numero permesso		
Scadenza permesso		
Ricevuta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ha mai richiesto asilo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Data di ingresso in Italia (gg/mm/aaaa)		
Possesso copia documenti del paese d'origine	<input type="checkbox"/> Si Tipologia:	
	<input type="checkbox"/> No	
SITUAZIONE IN ITALIA		
Alloggio autonomo	<input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> casa di proprietà <input type="checkbox"/> affitto <input type="checkbox"/> ospite <input type="checkbox"/> NO	
Alloggiato dai servizi	<input type="checkbox"/> SI: _____ <input type="checkbox"/> NO	
Altro	<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Campo nomadi <input type="checkbox"/> Campo informale <input type="checkbox"/> Occupazione Altro: _____	

VULNERABILITA'	
<input type="checkbox"/> Dipendenze	<input type="checkbox"/> Sieropositività
<input type="checkbox"/> Invalidità	<input type="checkbox"/> vulnerabilità psico-sociale
<input type="checkbox"/> Genitore single con figli minori a seguito	<input type="checkbox"/> Vittima di tratta
<input type="checkbox"/> Anziano	<input type="checkbox"/> Problemi sanitari
<input type="checkbox"/> Analfabeta	<input type="checkbox"/> Richiesta di protezione internazionale diniegata
	<input type="checkbox"/> Richiesta di rilascio/rinnovo del permesso di soggiorno rifiutata
Descrizione di bisogni/vulnerabilità ulteriori rilevate:	
Tragitto migratorio ed eventuale permanenza in altri paesi europei:	
MOTIVAZIONI PER CUI VORREBBE PARTIRE E ADERIRE AL PROGETTO ERMES 3	
<input type="checkbox"/> Disagio socio-economico	<input type="checkbox"/> Esigenze familiari
<input type="checkbox"/> Perdita del lavoro in Italia	<input type="checkbox"/> Nostalgia
<input type="checkbox"/> Condizioni precarie di salute	<input type="checkbox"/> Nuove opportunità nel Paese di ritorno
<input type="checkbox"/> Irregolarità	<input type="checkbox"/> Ritrovata sicurezza nel Paese di ritorno
Altro:	

PARENTI E ALTRE PERSONE A CARICO DEL MIGRANTE				
	1	2	3	4
Relazione di parentela (figlio, moglie, etc.)				
<b>Maggiorenne</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Si trova in Italia attualmente?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Intende rimpatriare con il candidato?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Mantenimento contatti nel paese di origine</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Da compilare solo in caso di rimpatrio</b>				
<b>Nome</b>				
<b>Cognome</b>				
<b>Sesso (M o F)</b>				
<b>Cittadinanza</b>				
<b>Luogo e Data di nascita</b>				
<b>Passaporto (numero e scadenza)</b>				
<b>Permesso di soggiorno (tipologia e numero)</b>				

ESPERIENZE PROFESSIONALI			
<b>Paese di origine/Altro Paese</b>			
<b>Settore:</b>	<b>Ruolo:</b>	<b>Durata:</b>	<b>Paese:</b>
<input type="checkbox"/> Agricoltura	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Allevamento	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Artigianato	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Commercio	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Edilizia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ristorazione	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servizi cura alla persona	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trasporto merci/persona	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<b>Italia:</b>			
<b>Settore:</b>	<b>Ruolo:</b>	<b>Durata:</b>	
<input type="checkbox"/> Agricoltura	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Allevamento	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Artigianato	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Commercio	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Edilizia	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Ristorazione	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Servizi cura alla persona	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Trasporto merci/persona	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Altro _____	_____	_____	
<b>Qualifiche professionali attestabili:</b>			

ISTRUZIONE		
Capacità di leggere e scrivere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Lingue parlate:		
1 ARABO 2 FRANCESE 3 INGLESE 4 ITALIANO	<input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Ottimo	<b>ALTRE LINGUE/DIALETTI</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Livello di istruzione e anni di studi</b>		
Paese di studio estero:	Italia:	
<hr/>		
Anni totali di studio:	Anni totali di studio:	
<hr/>	<hr/>	
Livello di istruzione più alto conseguito:	Livello di istruzione più alto conseguito:	
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria di I grado <input type="checkbox"/> secondaria di II grado <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> post laurea <input type="checkbox"/> altro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secondaria di I grado <input type="checkbox"/> secondaria di II grado <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> post laurea	

## PIANO IN LOCO

<b>PIANO DI REINTEGRAZIONE</b> <input type="checkbox"/> individuale <input type="checkbox"/> familiare	<b>SE FAMILIARE, COMPONENTI DELLA FAMIGLIA IN ITALIA CHE INTENDONO RIENTRARE:</b> <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figli minori, numero _____ <input type="checkbox"/> figli maggiorenni, numero _____ <input type="checkbox"/> altro: _____
<b>PAESE IN CUI INTENDE RIENTRARE</b>	<b>CITTÀ</b>
Indirizzo di rientro:	
Recapito telefonico in loco e nome del referente :	
<b>INSERIMENTO SOCIALE</b>	
<b>Rientro in alloggio</b>	<input type="checkbox"/> in locazione da cercare <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> familiare/di amici <input type="checkbox"/> non lo so <input type="checkbox"/> altro: _____

OBIETTIVI DEL PIANO DI REINTEGRAZIONE		
<input type="checkbox"/> Avvio attività autonoma <input type="checkbox"/> Ricerca lavoro dipendente <input type="checkbox"/> Reinserimento familiare <input type="checkbox"/> Formazione professionale <input type="checkbox"/> Istruzione scolastica <input type="checkbox"/> Altro	<b>DESTINATARIO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>FAMILIARE A CARICO, specificare se coniuge/figlio minorenni-maggiorenne/altro</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

INSERIMENTO OCCUPAZIONALE	
Tipologia di lavoro:	<input type="checkbox"/> dipendente, specificare: <hr/> <hr/>
	<input type="checkbox"/> autoimpiego, specificare: <hr/> <hr/> <hr/>
Formazione/esperienze possedute funzionali allo sviluppo dell'idea di inserimento occupazionale (distinguere tra destinatario e familiari a carico):     	
Reti di conoscenze o beni funzionali all'inserimento occupazionale, specificare se già possedute:	
Tipologia e descrizione	Già possedute?
<input type="checkbox"/> Fornitori: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Rete di clientela: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Datore di lavoro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Collaboratore/partner <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Attività già avviata da implementare: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI



<input type="checkbox"/> Locale commerciale/terreno: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Licenze/permessi/autorizzazioni necessarie: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI
Altro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> SI

DESCRIZIONE VOCI DI SPESA PER IL PIR E SE POSSIBILE QUANTIFICAZIONE IN EURO	
ALLOGGIO	
FORMAZIONE FUNZIONALE A INSERIMENTO OCCUPAZIONALE O ISTRUZIONE SCOLASTICA (DESTINATARIO O FAMILIARE A CARICO)	
INSERIMENTO LAVORATIVO	
PER AVVIO DI AUTOIMPIEGO	
ALTRO (ES. SPESE SANITARIE)	

TOTALE SPESE PREVENTIVATE	
Risorse economiche extra progetto Descrizione (es. prestito familiare/bancario) e quantificazione:	

Luogo e data:

---

Firma dell'operatore/mediatore

---

Eventuale firma ente segnalatore

---

Firma del candidato

---