

STATO DI NEW YORK  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES (UFFICIO PER I SERVIZI AI MINORI E ALLA FAMIGLIA)

**REFERENZE**

**Programma di assistenza diurna all'infanzia**

**Istruzioni:**

- Fornisci i dati completi di due persone (una referenza per l'impiego e una referenza personale) che possiamo contattare.
- I parenti **NON** possono essere utilizzati come referenze.
- Se hai lavorato fuori casa, includi un datore di lavoro come referenza
- Scrivi chiaramente **IN STAMPATELLO**

NOME DEL PROGRAMMA:	NUMERO ID STRUTTURA:
NOME:	

<b>TIPO DI PROGRAMMA</b>	Family Day Care (Assistenza diurna famiglia), Group Family Day Care (Assistenza diurna famiglia estesa) e Small Day Care Centers (Piccoli centri di assistenza diurna)	Day Care Center (Centro di assistenza diurna) e School-Age Child Care (Assistenza ai minori in età scolare)
<b>RUOLO NEL PROGRAMMA</b>	<input type="checkbox"/> Operatore <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Supplente	<input type="checkbox"/> Direttore <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Volontario

**REFERENZA N. 1 (Obbligatorio)**

Seleziona il tipo di referenza appropriato:  Personale  Impiego

<input type="checkbox"/> SIG. <input type="checkbox"/> SIG.A <input type="checkbox"/> SIG.NA	NOME (Cognome, Nome):		
NOME AZIENDALE:	APPARTAM.:	PIANO:	
INDIRIZZO:			
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:	
NUMERO DI TELEFONO DIURNO: (     ) -	E-MAIL:		

La referenza parla inglese?  Sì  No Se NO, indica la lingua parlata:

**REFERENZA N. 2 (Obbligatorio)**

Seleziona il tipo di referenza appropriato:  Personale  Impiego

<input type="checkbox"/> SIG. <input type="checkbox"/> SIG.A <input type="checkbox"/> SIG.NA	NOME (Cognome, Nome):		
NOME AZIENDALE:	APPARTAM.:	PIANO:	
INDIRIZZO:			
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:	
NUMERO DI TELEFONO DIURNO: (     ) -	E-MAIL:		

La referenza parla inglese?  Sì  No Se NO, indica la lingua parlata:

**REFERENZA N. 3 (Opzionale)**

Seleziona il tipo di referenza appropriato:  Personale  Impiego

<input type="checkbox"/> SIG. <input type="checkbox"/> SIG.A <input type="checkbox"/> SIG.NA	NOME (Cognome, Nome):		
NOME AZIENDALE:	APPARTAM.:	PIANO:	
INDIRIZZO:			
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:	
NUMERO DI TELEFONO DIURNO: (     ) -	E-MAIL:		

La referenza parla inglese?  Sì  No Se NO, indica la lingua parlata: