**I PARTE**

***DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE***

***singolo o capo famiglia (dati obbligatori)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome**: |  |
| **Nome**: |  |
| **Stato, Luogo e Data di nascita:** |  |
| **Nazionalità:** |  |
| **Cellulare in Italia e indirizzo**  **e-mail (se in possesso):** |  |
| **Genere:**  Maschio  Femmina | **Stato civile:** coniugato/a  nubile    celibe  vedovo/a    divorziato  separato |
| **Status giuridico:**  ……………………………. | **Data e città di ingresso in Italia:** |
| **Se irregolare:** | DINIEGO DOMANDA ASILO  ALLONTANAMENTO VOLONTARIO  DECRETO DI ESPULSIONE |
| **Se in possesso di dec. Di espulsione:** | SI  NO  Se sì, indicare la data di notifica: \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_\_ |
| **Passaporto**  **o altro documento identificativo**:  ……………………………………….  **Passaporto biometrico:**  SI  NO | **Numero:** ……………………………. |
| **Data di emissione**: ­­­­­­­­\_\_/\_\_/\_\_\_\_  **Data di scadenza**: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| **Permesso di soggiorno (se in possesso):** | **Tipo permesso di soggiorno:** ………………………….  **Rilasciato da Questura di**: ……………. |
| **Numero permesso:** ………………………. |
| **Data di rilascio:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Data di scadenza:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| **Codice Fiscale:** | **N.**  **non disponile** |
| **Indicare se la persona viaggia con familiari a carico:** | SI  NO  Se sì, indicare quanti familiari a carico ………………………  **(compilare il presente modulo per ciascun parente a carico)** |

***DESTINAZIONE FINALE***

|  |
| --- |
| **PAESE DI DESTINAZIONE AEROPORTO DI DESTINAZIONE**  ------------------------------------ --------------------------------------- |
| **Città/Villaggio di destinazione finale:**  **Se disponibile, indicare l’indirizzo dell’abitazione (*specificando se presso familiari*):** |
| **Contatti telefonici nel paese di origine (*anche di familiari*):** |

***RECAPITI DELLA PERSONA O DELL’ENTE SEGNALANTE***

|  |  |
| --- | --- |
| **In caso di ente segnalante, indicare denominazione e nome del referente:** |  |
| **Indirizzo completo:** |  |
| **Telefono / E-Mail:** |  |

***STATO DI SALUTE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CASO VULNERABILE  CASO MEDICO** | | | |
| **SE CASO VULNERABILE:** | | | |
| **Se vulnerabile, indicare se la persona ha mai chiesto aiuto a: servizi sociali locali, associazioni di volontariato, parrocchie ecc.** | SI  NO  Se si, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Indicare ulteriori informazioni utili ad evidenziare la condizione di particolare vulnerabilità della persona (es.: stato di gravidanza):** |  | | |
| **Indicare di quale certificazione specifica è in possesso e se tradotta nella lingua veicolare:** |  | | |
| **SE CASO MEDICO:** | | | |
| **Specificare la diagnosi o problematiche relative allo stato di salute della persona:** |  | | |
| **Specificare eventuali esigenze di viaggio (incapacità di deambulare, trasporto medicine, utilizzo e/o trasporto di apparecchi medici, ecc.):** |  | | |
| **Indicare di quale certificazione medica è in possesso e se tradotta nella lingua veicolare:** |  | | |
| **La persona è in possesso di una sedia a rotelle?** | NO | SI | Specificare:  Manuale  Batteria |
| **C’è necessità di richiedere una sedia a rotelle all’aeroporto ai fini dell’imbarco?** | NO | SI | Specificare:  fino alla rampa di accesso all’aeromobile  fino all’entrata in cabina  fino alla poltrona a bordo |
| **Specificare se è necessaria l’assistenza di scorta**: | NO | SI | Medico  Infermiere  Non medico |

**II PARTE**

***STORIA MIGRATORIA***

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo per il quale la persona ha deciso di emigrare:** | Motivi di sicurezza (guerre in corso, persecuzioni, ecc.)    Motivi economici (ricerca nuove opportunità lavorative)      Altro (specificare)......................................................... |
| **Indicare se all’arrivo in Italia la persona ha trovato il supporto e l’aiuto di una rete familiare o amicale già presente in Italia:** | SI  NO  Se sì, specificare…………………………………………. |
| **Indicare se la persona è entrata in Italia regolarmente:** | SI  NO  Se no, indicare in quale anno si è eventualmente regolarizzato: ………………………. |
| **Indicare se la persona ha mai avuto un regolare permesso di soggiorno in Italia:** | SI  NO  Se sì, indicare che tipo di permesso: ………………………… |
| **Indicare se la persona ha mai lavorato in Italia:** | SI  NO  Se sì , specificare che tipo di lavori ha svolto:  .................................................... |
| **Indicare se la persona ha mai avuto un regolare contratto di lavoro:** | SI  NO |
| **Indicare se la persona ha mai avuto l’opportunità di fare in Italia un corso di formazione professionale:** | SI  NO  Se sì, specificare che tipo di corso………………………………………… |
| **Indicare se la persona durante gli anni di permanenza in Italia ha inviato rimesse in patria ai propri familiari:** | SI  NO  Se sì, per quanto tempo? ……………………………. |
| **Condizioni abitative attuali:** | Casa in affitto    Stanza in affitto in abitazione condivisa    Ospite presso parenti o amici  Ospite presso un centro di accoglienza o dormitorio pubblico   Senza fissa dimora  Altro (specificare)......................................................... |
| **Indicare le ragioni che hanno spinto la persona a decidere di tornare nel proprio paese di origine:** |  mancanza dei mezzi di sussistenza necessari per continuare il  progetto migratorio    rischi connessi alla condizione di irregolarità     problemi di salute  problemi familiari  Altro (specificare)......................................................... |
| **Indicare se la persona è in grado di leggere e scrivere:** | SI  NO  Se si, indicare:  - Anni di scuola frequentati:  - Livello di istruzione/titolo di studio: |

***Se lo si ritiene necessario, inserire eventuali informazioni utili circa il richiedente (sociali, economiche, familiari, lavorative, altro):***

|  |
| --- |
|  |

Il modulo dovrà essere inviato via e-mail all’indirizzo: [info@ritornovolontario.it](mailto:info@ritornovolontario.it)

*Firma del candidato*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma operatore/operatrice*

*presenti durante il colloquio*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ente:*