



CANDIDATURA OPERATORE INDIPENDENTE

Stato civile

Sesso Sig. Sig.ra

Cognome (in stampatello)

Nome

Luogo e data di nascita

Nazionalità

Situazione famigliare Celibe
 Nubile
 Coniugato
 Vedovo/a
 Divorziato/a

Vivere insieme dal:

Residenza: Via: N.

Codice postale: Città:

Telefono: Cellulare:

Suoi genitori

Quale è era la loro professione:

padre:

madre:



Suoi figli

Cognome e nome	Sesso	Nato/a il	Occupazione	A carico

Altri membri a carico:

Istruzione e Formazione

Data	Titolo di studio	Istituti	Diploma – Laurea

In possesso di un certificato di gestione aziendale Sì No

Sta seguendo corsi attualmente? Sì No

Competenze linguistiche

	Madrelingua	Fluente	Medio	Elementare
Tedesco				
Francese				
Inglese				
Altro				



Qualifiche specifiche:

Secondo Lei, quali sono i Suoi punti di forza?

Secondo Lei, quali sono i Suoi punti meno forti?

Hobby

Auto

Marca :	Modello :	Anno:

Patente/Categoria:



Referenze e contatti

Nome di almeno due persone come referenze

Cognome e nome	Datore di lavoro / funzione	Indirizzo/telefono

Vi son membri della Sua famiglia o membri della Sua parentela e vicinanza che lavorano nelle vendite del settore dell'industria dentale?

Se si, voglia menzionare il nome della società, della persona e delle funzioni occupatevi.

Cognome e nome	Datore di lavoro / funzione	Indirizzo/telefono

Attività professionali – esperienza commerciale

Periodo	nome della società / settoreFunzione	Funzione	Ragione fine rapporto

Per quale ragione vuole cambiare attività commerciale? Quali sono le Sue motivazioni?



Secondo Lei, quali fattori portano al successo di un punto vendita al dettaglio? Faccia un elenco di dieci fattori.

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. <input type="text"/> | 5. <input type="text"/> | 9. <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> | 6. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> | 7. <input type="text"/> | |
| 4. <input type="text"/> | 8. <input type="text"/> | |

Secondo Lei, quali sono gli aspetti più spiacevoli di questo lavoro?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. <input type="text"/> | 4. <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> | 5. <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> | 6. <input type="text"/> |

Se la Sua candidatura sarà accettata, quando sarebbe disponibile a cominciare questa attività?



Mobilità

Ha una preferenza per un'area particolare?

Potrebbe accettare un'area diversa?

Quale?

La preghiamo di fornire le seguenti informazioni:

La Sua situazione finanziaria

Qual è il Suo reddito **lordo** mensile?

Percepisce altri redditi oltre il Suo salario? Se sì, a quanto ammontano?

Quali sono le Sue aspettative rispetto a questa attività business (**lorde**)?

Referenze bancaria

Banca/filiale	Indirizzo	Telefono	Numero di conto

La Sua casa

Lei è

Inquilino

Proprietario

Appartamento

Villa

Ammontare del suo canone d'affitto mensile

euro/mese

Se Lei è proprietario, quale è il valore stimato della Sua proprietà?



Risorse finanziarie – Per gestire uno Studio GlamSmile, Lei dovrà:

1. Produrre una garanzia bancaria del valore di €

2. Capitale iniziale.

- Quanto possiede:
- meno di 10.000 euro
- tra 10,000 e 25,000 euro
- più di 25,000

Finanziamenti in corso Sì No

Se sì, completare la seguente tabella.

Oggetto e ragione del finanziamenti	Nome dell'istituto finanziario	Ammontare complessivo del finanziamenti	Ammontare della mensilità	Periodo da ... a ...

Lei ha altri obblighi finanziari? Sì No

Il/la sottoscritto/A, dichiariamo con la presente che le informazioni fornite qui sopra sono veridiche e complete secondo tutto quanto a nostra conoscenza.

Su richiesta, produrremo un certificato di buona condotta.