

Raccomandazione per i missionari di servizio della Chiesa

Importante: Scrivere chiaramente in stampatello tutte le informazioni. Dopo aver stabilito le necessità e i doveri dell'incarico con il supervisore del dipartimento o dell'organizzazione nella quale desidera prestare servizio, il/la candidato/a missionario/a compila questo modulo, lo firma a pagina 2 e lo sottopone al vescovo. Il vescovo compila la sezione di sua competenza e invia il modulo al presidente di palo, che compila la relativa sezione e spedisce il modulo, o lo invia tramite fax, ai coordinatori per i missionari di servizio della Chiesa. Per qualsiasi domanda telefonare al numero 1-801-240-4914.

Informazioni personali

Nome (cognome e nome)		Numero di archivio	
Indirizzo (via e numero civico, città, provincia, codice postale)		Nome utente conto LDS	
Data di nascita (mese/giorno/anno)	Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Stato civile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	Età delle persone a carico.
Telefono abitazione (incluso il prefisso)	Telefono cellulare (incluso il prefisso)	Indirizzo e-mail	
Persona da avvisare in caso di necessità		Rapporto di parentela	Telefono abitazione (incluso il prefisso)
È mai stato/a arrestato/a?*		È mai stato/a condannato/a per un crimine?*	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

*Se "Sì" spiegare il motivo, includendo data di arresto, condanna e rilascio.

Informazioni sulla disponibilità Compilare tutti i campi.

Data di inizio	Ore di lavoro a settimana (è richiesto un minimo di otto ore a settimana)	Durata del servizio <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> 18 mesi <input type="checkbox"/> 24 mesi <input type="checkbox"/> Altro: _____
----------------	--	---

Spiega qualsiasi condizione di lavoro, di viaggio o di famiglia che può influenzare il tuo impegno nel servizio missionario.

Incarico richiesto Compilare tutti i campi.

Nome del supervisore contattato	Nome del dipartimento o dell'organizzazione
Impiego	

Conoscenze e capacità

Istruzione <input type="checkbox"/> Scuola superiore <input type="checkbox"/> Università	Campo degli studi	Lauree conseguite		
Lingua madre	Altra lingua	Parlata <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta	Letta <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta	Scritta <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta
Abilità di battitura o digitazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ppm: _____	Conoscenza del computer (elaborazione testi, foglio di calcolo, software di presentazione, e così via)			
Disponibile a imparare ad usare il computer <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Interessi, conoscenze professionali, talenti, hobby			

Esperienze professionali Elenca datori di lavoro e posizioni ricoperte (se necessario, allega ulteriori fogli). Se sei stato/a alle dipendenze della Chiesa, includi il numero d'identificazione del dipendente.

Informazioni della Chiesa

Posizione ricoperta in Chiesa		
Chiamata/e attuale/i nella Chiesa		
Hai svolto una missione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data della missione Da _____ a _____	Nome della missione
Altre missioni svolte		



Raccomandazione per i missionari di servizio della Chiesa

Nome (cognome e nome)

Informazioni sanitarie

Salute generale <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta <input type="checkbox"/> Scarsa	Vista <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Discreta <input type="checkbox"/> Scarsa	Attualmente coperto/a da assicurazione medica (se sì, elenca il nome della compagnia e il numero della polizza) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---	--

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Soffri o hai mai sofferto di una delle seguenti patologie: | 2. Stai attualmente assumendo farmaci di qualche tipo? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| a. Lesioni o problemi alla schiena <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | 3. Ti sei recato/a dal medico negli ultimi cinque anni? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| b. Cardiopatie o problemi di cuore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | 4. Hai o hai mai avuto impedimenti fisici, cure mediche o menomazioni, inclusi disordini mentali o emotivi, che devono essere considerati nel riesaminare le tue qualifiche per un incarico con la Chiesa? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| c. Attacchi epilettici, convulsioni o paralisi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| d. Vertigini o svenimenti <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| e. Ernia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| f. Deformità, amputazioni o disabilità fisica <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |

Se la risposta è "Sì" a una qualsiasi delle suddette domande, fornisci i dettagli di ogni risposta (se necessario, aggiungi ulteriori fogli):

Accordi e firma del candidato missionario di servizio della Chiesa

Comprendo che, se chiamato/a, non sarò un/una dipendente della Chiesa e che non avrò diritto a un compenso in denaro o ad altri benefici per i dipendenti legati al mio servizio, né li riceverò. Comprendo inoltre che la Chiesa non fornisce copertura assicurativa sanitaria ai missionari di servizio, o il trasporto da e per i luoghi assegnati. Comprendo di essere completamente responsabile per le spese mediche, incluse spese odontoiatriche, oculistiche e farmaci.

Con la presente autorizzo l'ufficio dei missionari di servizio della Chiesa a condividere le suddette informazioni mediche con la direzione del dipartimento dove servirò, se sarò chiamato/a.

Con la presente autorizzo inoltre la Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni a raccogliere, elaborare e trasferire in altri paesi le mie informazioni personali, compresi i dati sensibili, secondo le necessità della Chiesa, in accordo con le procedure della Chiesa sul trattamento dei dati personali.

Firma del missionario (obbligatoria)	Data
--------------------------------------	------

Raccomandazione e firma del vescovo o presidente di ramo Firmando il presente modulo, lei dichiara che il/la candidato/a è degno/a di detenere una raccomandazione per il tempio ed è in grado e qualificato/a per servire come missionario/a di servizio della Chiesa.

Commenti

Nome a stampatello del vescovo o presidente di ramo (obbligatorio)	Nome del rione o ramo	Numero dell'unità
--	-----------------------	-------------------

Firma del vescovo o presidente di ramo (obbligatoria)	Data
---	------

Indirizzo (via e numero civico, città, provincia, codice postale)

Telefono abitazione (incluso il prefisso)	Telefono lavoro (incluso il prefisso)	Telefono cellulare (incluso il prefisso)	Indirizzo e-mail
---	---------------------------------------	--	------------------

Raccomandazione e firma del presidente di palo o di missione Firmando il presente modulo, lei dichiara che il/la candidato/a è degno/a di detenere una raccomandazione per il tempio ed è in grado e qualificato/a per servire come missionario/a di servizio della Chiesa.

Commenti

Nome a stampatello del presidente del palo o missione (obbligatorio)	Nome del palo o missione	Numero dell'unità
--	--------------------------	-------------------

Firma del presidente del palo o missione (obbligatoria)	Data
---	------

Indirizzo (via e numero civico, città, provincia, codice postale)

Telefono abitazione (incluso il prefisso)	Telefono lavoro (incluso il prefisso)	Telefono cellulare (incluso il prefisso)	Indirizzo e-mail
---	---------------------------------------	--	------------------