

Precedenti esperienze lavorative nel campo dell'assistenza Familiare/domiciliare

(*Elencare solo esperienze certificabili con buste paga contratti registrati all'INPS oppure copie versamenti contributivi INPS*)

Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
Mese e anno Mese e anno

Ambito di svolgimento delle precedenti esperienze lavorative nel campo della cura di persone anziane-Attività assistenziale svolta presso:

- Famiglia**
- Enti e/o strutture dedite all'assistenza domiciliare**

Tipologia assistenza:

- A Persona/e allettata/ non deambulante con problemi neuropsicologici (demenza/Alzheimer/Parkinson)
- A Persona/e con serie handicap/ limiti fisici (allettata/ non deambulante non vedente ecc.) ma senza problemi neuropsicologici
- A Persona/e con seri problemi neuropsicologici (demenza/Alzheimer/Parkinson ecc.) ma senza problemi e limiti fisici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici neuropsicologici
- A Persona/e con lievi handicap/limiti fisici ma senza problemi neuropsicologici
- A Persona/e con lievi handicap/ limiti fisici (allettata/ non deambulante non vedente ecc.) ma senza problemi neuropsicologici

N.B. COMPILARE 1 SCHEDA PER OGNI ESPERIENZA LAVORATIVA

Firma _____

(*Firma per esteso e leggibile del richiedente*)