

**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*)