



NOMBRE: _____ DNI: _____

APELLIDOS: _____

Nº Tfno: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Ayuda a domicilio :

Cuidado de Niños:

Interna:

Residencias:

Servicio Doméstico:

Alzheimer:

Demencia:

Down:

Otros: _____

Diabetes:

Movilizaciones:

Ictus:

Parkinson:

Higienes:

DISPONIBILIDAD

Mañanas

Noches

Interno/a

Tardes

Jornada Completa

Fin de semana cob.interna:

OBSERVACIONES

Zona de Trabajo:

Carnet de Conducir :

Coche:

Referencias:

Notas:

Formación

Consiento en que los datos aportados en este formulario pasen a formar parte de la Base de Datos de Mikelats, S.L.