
Preinscripción al REGISTRO DE CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Localidad: C.P:

Teléfono particular: Teléfono familiar y/o vecino:

Edad: D.N.I: Nacionalidad: Estado civil:

¿Actualmente tiene trabajo?:

si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Especifique su trabajo actual y horario

.....

NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO

(Marque con una cruz en el casillero correspondiente)

Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta (año alcanzado)	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>

Otros estudios - Explique cuáles

.....

ANTECEDENTES LABORALES

¿Trabajó anteriormente? (marque con una cruz)

si	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>

¿Dónde trabajó?.....

¿En qué actividad u ocupación?.....

EXPERIENCIA DE TRABAJO REFERIDA AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

¿Alguna vez trabajó con Personas Mayores?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Alguna vez trabajó con alguna persona con discapacidad?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

REFERENCIAS:

.....

.....

Días y horarios disponibles:

¿Le interesa capacitarse en la temática?

si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN