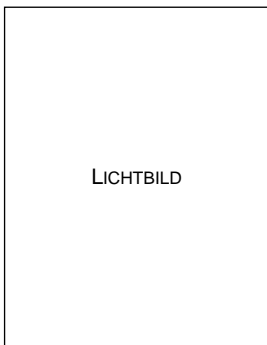


SOZIALHILFEVERBAND GRIESKIRCHEN

4710 GRIESKIRCHEN, MANGLBURG 14

TELEFON: (+43 7248) 603-0
 FAX: (+43 0732) 7720 264-399
 E-MAIL: BH-GR-EF.POST@OOE.GV.AT



BEWERBUNGSBOGEN

FÜR EINE AUFNAHME BEIM
SOZIALHILFEVERBAND GRIESKIRCHEN

ALS	<input type="checkbox"/> DIPLOM GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER/IN <input type="checkbox"/> FACH-SOZIALBETREUER/IN MIT AUSBILDUNGSSCHWERPUNKT „ALTENARBEIT“ <input type="checkbox"/> HEIMHELFER/IN <input type="checkbox"/> LEHRLING <input type="checkbox"/> BÜROKAUFFRAU/-MANN <input type="checkbox"/> KÖCHIN/KOCH <input type="checkbox"/> HILFSKRAFT <input type="checkbox"/> SONSTIGE _____
FÜR EINEN	<input type="checkbox"/> VOLLZEITPOSTEN <input type="checkbox"/> TEILZEITPOSTEN VON MINDESTENS _____ BIS _____ MAXIMAL WOCHENSTUNDEN
DIENSTORT	<input type="checkbox"/> BEZIRKSALTEN- UND PFLEGEHEIM GRIESKIRCHEN <input type="checkbox"/> BEZIRKSALTEN- UND PFLEGEHEIM GASPOLTSHOFEN <input type="checkbox"/> BEZIRKSALTEN- UND PFLEGEHEIM KALLHAM <input type="checkbox"/> BEZIRKSALTEN- UND PFLEGEHEIM PEUERBACH <input type="checkbox"/> BEZIRKSALTEN- UND PFLEGEHEIM PRAM

ANGABEN ZUR PERSON

FAMILIENNAME(N)				<input type="checkbox"/> WEIBLICH
VORNAME(N)				<input type="checkbox"/> MÄNNLICH
ADRESSE <small>(HAUPTWOHNSTZ LAUT ZENTRALEN MELDEREGISTER)</small>				
GEBURTSNAME				
STAATSBÜRGERSCHAFT		TITEL		
GEBURTSDATUM		SOZIALVERSICHERUNGSNR.		
GEBURTSORT				
FAMILIENSTAND	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET SEIT _____	<input type="checkbox"/> VERWITWET SEIT _____	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN SEIT _____
KINDER				BEZUG VON
VOR- UND ZUNAME	GEBOREN AM	BERUF, LEHRE, SCHULE	KINDERBEIHILFE	
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
ERREICHBARKEIT	FESTNETZ: _____ MOBIL: _____ E-MAIL: _____			



WEHR UND WEHR-ERSATZDIENST	<input type="checkbox"/> PRÄSENZDIENST	VON _____	<input type="checkbox"/> AUFSCHUB	<input type="checkbox"/> UNTAUGLICH
	<input type="checkbox"/> ZIVILDIENTST	BIS _____	BIS _____	<input type="checkbox"/> BEFREIT

SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG

VON – BIS	GENAUE BEZEICHNUNG DER SCHULE, ... UND ORT	DATUM POSITIVER ABSCHLUSS

KENNTNISSE UND FERTIGKEITEN

FÜHRERSCHEIN	GRUPPE(N)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G
FREMDSPRACHEN								
SONSTIGE KENNTNISSE								
AUS- UND FORTBILDUNGEN								

BERUFLICHE UND SONSTIGE TÄTIGKEITEN

VON – BIS	FIRMA / BRANCHE, ORT	BESCHÄFTIGT ALS BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS

BEI PLATZMANGEL BITTE GESONDERTE LISTE BEILEGEN.

