

PERSONALIEN TEILNEHMER/IN

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Beschäftigungsgrad in %: _____

Gewünschte Programmdauer: begrenzt bis _____ unbegrenzt

Bewerbungswerkstatt: ja nein Wenn ja: wöchentlich 14täglich

Kosten für Bewerbungswerkstatt: CHF 50.- für 1.5 h inkl. Material
(die Bewerbungswerkstatt wird nur in Deutsch angeboten)

Mittagessen: ja nein Wenn ja: Barzahlung per Rechnung
an Sozaldienst

Kosten für Mittagessen: CHF 10.- inkl. Getränk

Bemerkungen: _____

ZUWEISENDE STELLE

Institution: _____

Kontaktperson: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Die zuweisende Stelle bestätigt mit der untenstehenden Unterschrift, dass für die angemeldete Person folgende Versicherung besteht: Unfalleinschluss bei Krankenversicherer.

Ort, Datum: _____

Name ZuweiserIn: _____