

BEWERBUNGSBOGEN

BEWERBUNG ALS:

<input type="checkbox"/> DGKS/P <input type="checkbox"/> FSB-A <input type="checkbox"/> HEIMHELFER/IN <input type="checkbox"/> KOCH/KÖCHIN <input type="checkbox"/> KÜCHENGEHILFE/IN <input type="checkbox"/> REINIGUNGSMITARBEITER/IN <input type="checkbox"/> BESCHLIEßER/IN <input type="checkbox"/> VERWALTUNGSMITARBEITER/IN <input type="checkbox"/> PHYSIOTHERAPEUT/IN <input type="checkbox"/> HAUSTECHNIKER/IN <input type="checkbox"/> FERIALPRAKTIKANT/IN <input type="checkbox"/> WEITE BERUFSGRUPPE.....	LICHTBILD BITTE AUFKLEBEN!	Post - Eingangsstempel
--	--	-------------------------------

VOLLZEIT-STELLE
 TEILZEIT-STELLE VON MINDESTENS _____ BIS _____ MAXIMAL WOCHENSTUNDEN

WÄREN SIE BEREIT, EIN ZEITLICH BEFRISTETES DIENSTVERHÄLTNIS (zB KARENZVERTRETUNG) EINZUGEHEN?

 JA
 NEIN

BEWERBUNG FÜR:

<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Ansfelden	Salzburger Str. 24	4053 Haid	07229/80402	verwaltung.ansfelden@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Enns	Eichbergstr. 6 b	4470 Enns	07223/82833	verwaltung.enns@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Hart	Waggerlstr. 2	4060 Leonding	0732/670037	verwaltung.hart@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Hörsching	R.-Willenstorfer-Str. 7	4063 Hörsching	07221/73626	verwaltung.hoersching@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Leonding	Ruflinger Str. 12	4060 Leonding	0732/677808	verwaltung.leonding@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Neuhofen/Kr.	Römerweg 7	4501 Neuhofen	07227/5808	verwaltung.neuhofen@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim St. Dionysen	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229/73401	verwaltung.dionysen@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim St. Florian	Linzer Str. 17	4490 St. Florian	07224/8283	verwaltung.st-florian@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksaltenheim Traun	Traunstadlweg 17	4050 Traun	07229/61821	verwaltung.traun@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Mobile Dienste	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 67224	verwaltung.mobile@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Tageszentrum St. Dionysen	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229/73401	verwaltung.dionysen@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Koordination f. Betreuung u. Pflege	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 67224	kbp@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle	Kärntnerstr. 16	4021 Linz	0732/69414-66313	verwaltung@shvll.at

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unter: www.shvll.at

ANGABEN ZUR PERSON

FAMILIENNAME(N)		TITEL		<input type="checkbox"/> WEIBLICH
VORNAME(N)				<input type="checkbox"/> MÄNNLICH
STRASSE UND HAUS-NR.		STIEGE/STOCK/TÜR		
PLZ, ORT				
GEBURTSNAME				
GEBURTSORT		GEBURTSLAND		
STAATSBÜRGERSCHAFT				
SOZIALVERSICHERUNGSNR:				
GEB.DATUM	T	T	M	M
MUTTERSPRACHE				
FREMDSPRACHE(N)				
ERREICHBARKEIT	FESTNETZ: _____ MOBIL: _____ E-MAIL: _____			

FAMILIENSTAND	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET SEIT _____	<input type="checkbox"/> VERWITWET SEIT _____	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN SEIT _____
VOR- UND ZUNAME DER KINDER	GEBOREN AM	BERUF, LEHRE, SCHULE	BEZUG VON KINDERBEIHLFE <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	
NAME(N) DER ELTERN	VATER: _____ MUTTER: _____			
WEHR- ZIVILDIENTST FREIW. SOZ. JAHR	VON _____ BIS _____	<input type="checkbox"/> AUFSCHUB BIS _____	<input type="checkbox"/> UNTAUGLICH <input type="checkbox"/> BEFREIT	
FÜHRERSCHEIN GRUPPE B VORHANDEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		EIGENES KFZ VORHANDEN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG

(Bitte chronologisch ausfüllen! Ausfüllen entfällt, wenn Erhebungsbogen vollständig vorhanden ist)

VON – BIS Datum positiver Abschluss	GENAUE BEZEICHNUNG DER SCHULE, DIENSTGEBER SOWIE ORT	BESCHÄFTIGT ALS

BERUFLICHE UND SONSTIGE TÄTIGKEITEN

VON – BIS	DIENSTGEBER, ORT	BESCHÄFTIGT ALS	STUNDEN- AUSMAß

SONSTIGE KENNTNISSE UND FERTIGKEITEN

DERZEITIGE TÄTIGKEIT(EN)

ALS	
BEI	
SEIT	
KÜNDIGUNGSFRIST	
ARBEITSLOS GEMELDET	<input type="checkbox"/> JA, SEIT _____ <input type="checkbox"/> NEIN
ZUSTÄNDIGES AMS	
SONSTIGE DERZEITIGE TÄTIGKEITEN	

SONSTIGES

GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN (BEI FESTGESTELLTER MINDERUNG DER ERWERBSTÄTIGKEIT BITTE BEHINDERTENPASS BZW. BESCHEID BEILEGEN)	<input type="checkbox"/> JA, WELCHE _____ GRAD DER BEHINDERUNG _____% <input type="checkbox"/> NEIN
WIE WÜRDEN SIE DEN WEG ZWISCHEN IHREM WOHNORT UND DEM ARBEITSPLATZ ZURÜCKLEGEN?	<input type="checkbox"/> EIGENES FAHRZEUG <input type="checkbox"/> ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL

Dem Bewerbungsbogen sind folgende Nachweise in Kopie beizulegen:

- Lichtbild (Bitte aufkleben)
- Lebenslauf
- Fachliche Ausbildungsnachweise (Kopie)
Qualifikationsnachweis je nach Inserat/Ausschreibung

Zum Beispiel:

- Koch/Köchin – Lehrabschlusszeugnis
- DGKS/P - Diplom und Ausbildungsnachweis
- FSB“A“ - Zeugnis+ Pflegehelfer
- HeimhelferIn - Zeugnis

**Ihre Bewerbung wird nur dann berücksichtigt, wenn dieser
Bewerbungsbogen vollständig und leserlich ausgefüllt ist und alle Nachweise
in Kopie beigelegt wurden!**

Bei fremdsprachigen Nachweisen ist eine beglaubigte deutschsprachige Übersetzung erforderlich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass:

- Ihre Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind
- Ihnen bekannt ist, dass bei wesentlich falschen Angaben die sofortige Auflösung Ihres Dienstverhältnisses zum SHVLL zu erwarten ist.
- Sie für nicht beigebrachte Arbeitszeugnisse/Dienstzeugnisse auf die anrechenbaren Zeiten verzichten.
- Sie einverstanden sind, dass Ihre persönlichen Daten automationsunterstützt – unter Wahrung des Datenschutzes – verarbeitet werden.

_____, AM _____

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT