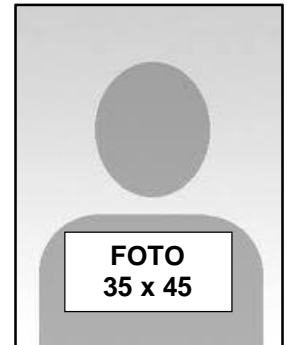


EINGANGSVERMERK

BEWERBUNG ALS:

<input type="checkbox"/> DGKP <input type="checkbox"/> FSB"A" <input type="checkbox"/> HEIMHELPER/IN <input type="checkbox"/> PHYSIOTHERAPEUT/IN <input type="checkbox"/> REINIGUNGSMITARBEITER/IN <input type="checkbox"/> WÄSCHEREIMITARBEITER/IN	<input type="checkbox"/> VERWALTUNGSMITARBEITER/IN <input type="checkbox"/> KOCH/KÖCHIN <input type="checkbox"/> KÜCHENHILFSKRAFT <input type="checkbox"/> HAUSTECHNIKER/IN <input type="checkbox"/> FERIALPRAKTIKANT/IN <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vollzeitstelle <input type="checkbox"/> Teilzeitstelle von mindestens _____ Std. bis maximal _____ Std.	
Wären Sie bereit, ein zeitlich befristetes Dienstverhältnis (z.B. Karenzvertretung) einzugehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN UND IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

BEWERBUNG FÜR:

LEGENDE: ZBP ZENTRUM BETREUUNG und PFLEGE

<input type="checkbox"/>	ZBP Enns	Eichbergstr. 6b	4470 Enns	07223 / 82833	enns.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Haid	Salzburgerstr. 24	4053 Haid	07229 / 80402	haid.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Hart	Waggerlstr. 2	4060 Leonding	0732 / 670037	hart.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Hörsching	R.-Willenstorfer-Str. 7	4063 Hörsching	07221 / 73626	hoersching.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Leonding	Ruflinger Str. 12	4060 Leonding	0732 / 677808	leonding.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Neuhofen/Kr.	Römerweg 7	4501 Neuhofen/Kr.	07227 / 5808	neuhofen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP St. Dionysen	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 73401	dionysen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP St. Florian	Linzer Str. 17	4490 St. Florian	07224 / 8283	st-florian.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Traun	Traunstadlweg 17	4050 Traun	07229 / 61821	traun.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Mobile Dienste SHVLL	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 67224	mobile-dienste.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	Geschäftsstelle SHVLL	Kärntnerstr. 16	4020 Linz	0732 / 69414-66315	shv.bh-ll.post@ooe.gv.at

ANGABEN ZUR PERSON:

<input type="checkbox"/> MÄNNLICH	<input type="checkbox"/> WEIBLICH	VORTITEL		NACHTITEL							
FAMILIENNAME(N)											
VORNAME(N)											
STRASSE und HAUS-NR:											
PLZ und ORT											
GEBURTSNAME											
GEBURTSLAND		GEBURTSORT									
MUTTERSPRACHE		FREMDSPRACHE(N)									
STAATSBÜRGERSCHAFT											
SOZIALVERSICHERUNGSNR:		GEBURTSDATUM		T	T	M	M	J	J	J	J
ERREICHBARKEIT		MOBILTELEFON _____		FESTNETZ _____				E MAIL _____			

FAMILIENSTAND	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET seit _____	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN seit _____	<input type="checkbox"/> VERWITWET seit _____
	VOR- UND ZUNAME DER KINDER		GEBOREN AM	BERUF, LEHRE, SCHULE
				<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
VOR- UND ZUNAMEN DER ELTERN	VATER			
	MUTTER			
<input type="checkbox"/> WEHRDIENST <input type="checkbox"/> ZIVILDIENTST <input type="checkbox"/> FREIWILLIGES SOZIALES JAHR	ABGELEISTET von _____ bis _____		<input type="checkbox"/> AUFSCHUB bis _____	
	<input type="checkbox"/> UNTAUGLICH	<input type="checkbox"/> BEFREIT		
BESITZEN SIE DEN FÜHRERSCHEIN DER GRUPPE B		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	EIGENES KFZ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG:

VON - BIS DATUM POSITIVER ABSCHLUSS	GENAUE BEZEICHNUNG DER SCHULE, DIENSTGEBER SOWIE ORT	BESCHÄFTIGT ALS

BERUFLICHE UND SONSTIGE TÄTIGKEITEN:

VON - BIS	DIENSTGEBER UND ORT	BESCHÄFTIGT ALS	STUNDEN- AUSMASS

SONSTIGE KENNTNISSE UND FERTIGKEITEN:

DERZEITIGE TÄTIGKEIT(EN):

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

SONSTIGES:

GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN <small>(bei festgestellter Minderung der Erwerbstätigkeit bitte Behindertenpass bzw. Bescheid beilegen)</small>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, WELCHE: _____ GRAD DER BEHINDERUNG: _____ %
WIE WÜRDEN SIE DEN WEG ZWISCHEN IHREM WOHNORT UND DEM ARBEITSPLATZ ZURÜCKLEGEN?	<input type="checkbox"/> EIGENES KFZ <input type="checkbox"/> ÖFFENTLICHES VERKEHRSMITTEL

DEM BEWERBUNGSBOGEN SIND FOLGENDE NACHWEISE IN KOPIE BEIZULEGEN:

LICHTBILD	☞ BITTE AUF BEWERBUNGSBOGEN 1.SEITE AUFKLEBEN
LEBENS LAUF	☞ CHRONOLOGISCH IN ALLGEMEIN GÜLTIGER FORM
FACHLICHE AUSBILDUNGSNACHWEISE in Kopie	ZUM BEISPIEL FÜR: ☞ Koch/Köchin – Lehrabschlusszeugnis ☞ DGKP - Diplom und Ausbildungsnachweis ☞ FSB“A“ – Zeugnis ☞ 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!

RAUM FÜR WICHTIGE ANMERKUNGEN DES BEWERBERS/DER BEWERBERIN:

Zum Beispiel:

- ↳ Kinderversorgung derzeit nicht gewährleistet, weil
- ↳ Dienstzeiten nur wochentags von 8:00 bis 13:00 möglich, weil

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 Sozialhilfeverband Linz-Land zu erwarten ist.
- Sie bei nicht beigebrachten Arbeitszeugnissen/Dienstzeugnissen auf die anrechenbaren Zeiten verzichten.
- **ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass der Sozialhilfeverband LINZ-LAND aufgrund Ihrer Bewerbung ermächtigt ist, Ihre persönlichen Daten gemäß § 7a OÖ GDG 2002 i.d.g.F. automationsunterstützt - unter Wahrung des Datenschutzes – zu verarbeiten.**

....., am

ORT

DATUM

.....

UNTERSCHRIFT

RAUM FÜR INTERNE VERMERKE:

1. VORSTELLUNGSGESPRÄCH AM:	
2. VORSTELLUNGSGESPRÄCH AM:	
SCHNUPPERTAG AM:	
BEMERKUNGEN:	