LÖVESTAD LARMCENTRAL

ANSÖKAN

Söker tjänst som:

Anställningsform: ☐ Heltid ☐ Halvtid/deltid ☐ Behov ☐ Vikarie
☐ Dag ☐ Natt ☐ Kväll ☐ Helg

Efternamn	*Samtliga förnamn, tilltalsnamnet understruket*	*Civilstånd*
Personnummer	*Medborgarskap*	
c/o	*Adress*	*Telefon*
Postnummer	*Postadress*	*Mobiltelefon*
Mailadress		

Har du tidigare blivit dömd och straffad för brott?			
☐ *Ja* ☐ *Nej*	*För vad?*	*När?*	*Påföljd*
Har du körkort?			*Tillgång till egen bil*
☐ *Ja* ☐ *Nej*	*Behörighet*	*Gäller till*	☐ *Ja* ☐ *Nej*
Datakunskaper (office, Word)			
☐ *Ja* ☐ *Nej*	*Annat?*		

Språk tal och skrift			
Svenska	*Engelska*	*Annat*	*Vilket eller vilka*
☐ *Ja* ☐ *Nej*	☐ Ja ☐ Nej	☐ *Ja* ☐ *Nej*	

LÖVESTAD LARMCENTRAL

Tidigare anställningar under de senaste tre åren

Uppge i tidsföljd de anställningar och feriearbeten du haft. Notera även eventuell arbetslöshet och sjukdom. Börja på en ny rad för varje anställning.

Började *År-Mån*	*Slutade* *År-Mån*	*Sysselsättning*	*Arbetsgivare, Kontaktperson och telefonnummer.*

Utbildning

Började *År-Mån*	*Slutade* *År-Mån*	*Skolans namn*	*Kurs, utbildning eller examen*

Referenser kan lämnas av följande personer

Namn	*Företag*	*Titel/yrke*
Tel.arb	*Tel.mobil*	*Tel.annan*
Namn	*Företag*	*Titel/yrke*
Tel.arb	*Tel.mobil*	*Tel.annan*

LÖVESTAD LARMCENTRAL

Skriv kort om dig själv och varför du söker anställning på Lövestad Larmcentral AB.

LÖVESTAD LARMCENTRAL

Hälsodeklaration (uppgifterna behandlas konfidentiellt)

Har du eller har du haft (kryssa i rutan om svaret är Ja)

☐ *1 Ögonsjukdom*	☐ *5 Magbesvär*	☐ *9 Huvudvärk ofta*	☐ *13 Sömn- / psykiskabesvär*
☐ *2 Öronsjukdom*	☐ *6 Hjärt- / kärlsjukdom*	☐ *10 Njur- / gallsten*	☐ *14 Epilepsi*
☐ *3 Hudsjukdom / eksem*	☐ *7 Högt blodtryck*	☐ *11 Diabetes*	☐ *15 Allvarlig kroppskada*
☐ *4 Ledbesvär*	☐ *8 Lungsjukdom / astma*	☐ *12 Allergi*	☐ *16 Ryggbesvär / ischias*

Syn

Anser du att synen är normal på båda ögonen? ☐ *Ja* ☐ *Utan glasögon* ☐ *Med glasögon*

Anser du att ditt färgsinne är normalt? ☐ *Ja* ☐ *Nej*

Hörsel

Anser du att hörseln är normal på båda öronen? ☐ *Ja* ☐ *Nej*

Luktsinne

Anser du att ditt luktsinne fungerar normalt? ☐ *Ja* ☐ *Nej*

Rörelseförmåga

Har du full rörelseförmåga i armar och ben?l ☐ *Ja* ☐ *Nej*

Antal sjukperioder de senaste 2 åren? ☐ *Antal sjukdagar de senaste 2 åren?* ☐

Anser du dig fullt frisk? ☐ *Ja* ☐ *Nej*

Härmed försäkrar jag att uppgifterna och tillhörande bilagor är riktiga. Jag lämnar mitt samtycke till att dessa uppgifter får registreras i register eller databaser för användning i samband med rekrytering.

Ort och datum *Namnteckning*

Lövestad Larmcentrals anteckningar

Utgåva 012011