



## Intresseanmälan till Vikariatsförmedlingen

Namn: \_\_\_\_\_ Pers.nr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon hem: \_\_\_\_\_ Mobilnr: \_\_\_\_\_

Utbildning: \_\_\_\_\_

Erfarenhet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referenser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nuvarande Sysselsättning: \_\_\_\_\_

Körkort    Nej             Ja

Jag vill arbeta inom Vård och Omsorg     Omsorg om Funktionshindrade

Vilka arbetstider kan du arbeta    Dag     Kväll     Natt     Helg

Övrig Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Vid anställning kommer ett utdrag från  
Misstanke och Belastningsregistret att göras.

Vikariatsförmedlingen

Sundsgatan 20

46233 Vänersborg

Tel: 0521-72 24 40, 72 16 98, 72 10 17, 72 21 81, 72 10 26