|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** |  |
| **Name:**  | **Vorname:**  |
| **Strasse:**  | **PLZ/ Ort:**  |
| **Geb.-Datum:** **Geschlecht:** [ ]  M [ ]  W | **Nationalität:**  |
| **Zivilstand:** [ ]  ledig [ ]  verheiratet | **Kinder (Anzahl):**  |
| **SV-Nummer:**  | **Bewilligung (Ausländer):** [ ]  B [ ]  C [ ]  N [ ]  F |
| **Ende letzte Rahmenfrist:**  | **Gültig bis:**  |
| **Telefon (Privat):**  | **Telefon (Mobil):**  |
| **E-Mailadresse:**  | **Führerausweis:** |
| **Eigenes Fahrzeug:**  | [ ]  PW [ ]  Motorrad [ ]  Lastwagen [ ]  Stapler |
| **Erlernter Beruf:**  | **Letzte Tätigkeit:**  |
| **Mögliches Pensum:**  |  |

|  |
| --- |
| **Ausbildung (nur auszufüllen, wenn kein Lebenslauf beigelegt werden kann)** |
| [ ]  Kein Abschluss |  |
| [ ]  Abschluss, berufliche Grundbildung | Welcher:       |
| [ ]  Abschluss, höhere Berufsbildung | Welcher:       |
| [ ]  Weiterbildungen:       |  |

|  |
| --- |
| **Berufserfahrung (nur ausfüllen, wenn kein Lebenslauf beigelegt werden kann)** |
| **Firma:** | **Funktion:** | **Dauer:** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Ziele/ berufliche Perspektiven** |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Einschränkungen der Arbeitsmöglichkeit** |  |
| **Art:** | **Bemerkungen:** |
| [ ]  Gesundheit (Arztzeugnis beilegen) |       |
| [ ]  Familienorganisation |       |
| [ ]  Finanzielle Situation |       |
| [ ]  Rechtliche Situation |       |

|  |
| --- |
| **Bereits durchgeführte Abklärungen/ Massnahmen (Institution und Datum angeben)** |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|       |
|       |
|       |

Beilagen: [ ]  **Tabellarischer Lebenslauf mit Zeugnissen**  Anmeldung bitte an folgende Adresse weiterleiten:

 [ ]  Bericht persönliche Situation/Ziele Netzwerk Grenchen

 [ ]  Arztzeugnisse Monika Palermo

 [ ]  Kopie Ausländerausweis Kapellstrasse 26

 [ ]  ………………………………………………….. 2540 Grenchen

 032 513 65 21

|  |
| --- |
|  |

Datum/ Unterschrift Sach-/Sozialarbeiter/In Unterschrift TeilnehmerIn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialregion:

Sach-/Sozialarbeiter/In:

E-Mail:

Tel.Nr.:

*Verrechnung für die Programmteilnahme: Gemäss ASO-Richtlinien*

*5 Coaching-Stunden à 160.00 CHF. Abgeltung bei Nichteintritt: 50.-- CHF.*

*Keine Verrechnung bei Anstellung vor Eintritt.*