



Söker tjänst som: \_\_\_\_\_

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

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

<i>Har du tidigare blivit dömd och straffad för brott?</i>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<i>För vad?</i>	<i>När?</i>	<i>Påföljd</i>
<i>Har du körkort?</i>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<i>Behörighet</i>	<i>Gäller till</i>	<i>Tillgång till egen bil</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>Datakunskaper (office, Word)</i>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<i>Annat?</i>		
<i>Språk tal och skrift</i>			
<i>Svenska</i>	<i>Engelska</i>	<i>Annat</i>	<i>Vilket eller vilka</i>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	







# LÖVESTAD LARMCENTRAL

## Hälsodeklaration (uppgifterna behandlas konfidentiellt)

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

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Ögonsjukdom        | <input type="checkbox"/> 5 Magbesvär            | <input type="checkbox"/> 9 Huvudvärk ofta    | <input type="checkbox"/> 13 Sömn- / psykiskabesvär |
| <input type="checkbox"/> 2 Öronsjukdom        | <input type="checkbox"/> 6 Hjärt- / kärlsjukdom | <input type="checkbox"/> 10 Njur- / gallsten | <input type="checkbox"/> 14 Epilepsi               |
| <input type="checkbox"/> 3 Hudsjukdom / eksem | <input type="checkbox"/> 7 Högt blodtryck       | <input type="checkbox"/> 11 Diabetes         | <input type="checkbox"/> 15 Allvarlig kroppskada   |
| <input type="checkbox"/> 4 Ledbesvär          | <input type="checkbox"/> 8 Lungsjukdom / astma  | <input type="checkbox"/> 12 Allergi          | <input type="checkbox"/> 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?  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

Namn-teckning

## Lövestad Larmcentrals anteckningar

---

---

---

---

---