



MANDAL KOMMUNE

Søknad om oppdrag som støttekontakt / avlaster

Personalopplysninger

Navn på søker				
Personnr.(11siffer)		Telefon	Mobil	
Adresse	E-post adresse;			
Postnr. / sted				
Sivilstand	Gift <input type="checkbox"/>	Samboer <input type="checkbox"/>	Enke/ -mann <input type="checkbox"/>	Enslig <input type="checkbox"/>
Nåværende arbeid/ skole	Jobb / skole telefon			

Opplysninger om familieforhold

Ektefelle/samboer	
Andre i husstanden	

REFERANSER;

Tittel og navn	Arbeidssted / adresse:	Telefon

Søknaden sendes til:

Mandal kommune Vikarkontoret
Postboks 905
4509 MANDAL
E-post; vikarkontoret@mandal.kommune.no

Sendes til postadresse; Mandal kommune, Helse og omsorg, Postboks 905, 4509 MANDAL
E-post; fellespost@mandal.kommune.no

Utdanning i kronologisk rekkefølge- legg ved eget ark hvis du får for lite plass

Navn på skole -/ utdanning:	Navn på linje / kurs	Tidsrom fra - til	Antall		Vedlegg nr:
			År	Mnd	

Praksis i kronologisk rekkefølge - legg ved eget ark hvis du får for lite plass

Arbeidsgiver / arbeidssted	Stilling / oppgave	Tidsrom fra - til	Antall		Vedlegg nr:
			År	Mnd	

Helseopplysninger

Gi en kort beskrivelse av din fysiske og psykiske helsetilstand:

Interesser og hobbyer

Fortell kort om dine interesser / hobbyer;

Om oppdraget som støttekontakt / avlaster

Fortell kort om din motivasjon for å søke oppdrag som støttekontakt:

Hvilket tidsperspektiv har du på oppdraget som støttekontakt / avlaster?

Hva slags planer har du videre ifl. arbeid / skole og bosted?

Beskriv kort:

Har du erfaring fra sosialt arbeid ?

Ja

Nei

Hvis ja; beskriv kort:

Disponerer du bil?

Ja

Nei

Ønsker du oppdrag på.....

Dagtid

Kveldstid

I helgene

(Sett gjerne flere kryss)

Vil du helst ha kontakt med....

Skolebarn

Ungdom

Voksne

Alle

(Sett gjerne flere kryss)

Gi en kort begrunnelse for dette valget:

Når kan du evt. begynne som støttekontakt / avlaster?

Dato

Underskrift

**VELKOMMEN SOM SØKER
INNEN PLEIE OG OMSORG I MANDAL KOMMUNE**

