

Personalien

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Plz + Ort: _____

Tel. Privat: _____

Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Heimatort: _____

Zum Aufgabenbereich:

Was stellen Sie sich vor:
(Reihenfolge = Priorität)

Welche Wochentage/Zeiten
sind möglich:

Wie häufig sehen Sie Einsätze: _____

Möglicher Arbeitsbeginn: _____

Bitte senden an: Alterszentrum Sonnhalde
Heimleitung
Sonnhaldenstrasse 10
8722 Kaltbrunn
E-Mail: postfach@sonnhalde-kaltbrunn.ch

Aufgrund Ihrer Angaben nehmen wir gerne mit Ihnen Kontakt auf.