

## Anmeldung zur Arbeitsvermittlung beim RAV

<b>Anmeldedatum</b>		<b>Stellenlos ab</b>	
<b>Sozialversicherungsnummer (ehemals AHV-Nr.)</b>		<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Name - Zweitname</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Strasse, Nr., PLZ, Wohnort</b>			
<b>Telefon Privat</b>		<b>E-Mail</b>	
<b>Telefon Mobil</b>			
Wünschen Sie die Einladung zum ersten Beratungsgespräch <input type="checkbox"/> per Post oder <input type="checkbox"/> per E-Mail?			
<b>Zivilstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft (EP)		<b>Nationalität</b>  <b>Ausländerausweis</b> <b>gültig bis</b>	
<b>Erlerner Beruf / Studienabschluss</b> _____			
<b>Höchster Ausbildungsabschluss</b> <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Maturität <input type="checkbox"/> Fachmittelschule <input type="checkbox"/> höhere Fach- und Berufsprüfung <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Universität/ETH Bei ausländischem Abschluss: <input type="checkbox"/> In der Schweiz anerkannt <input type="checkbox"/> In der Schweiz nicht anerkannt <input type="checkbox"/> unklar			
<b>Zuletzt ausgeübter Beruf</b>  <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt			
<b>Dauer des letzten Arbeitsverhältnisses</b> Vom _____ bis zum _____			
<b>Name und Adresse des letzten Arbeitgebers</b> _____			
<b>Beendigung des Arbeitsverhältnisses</b> <input type="checkbox"/> <b>Kündigung</b> am _____ Auf welches Datum? _____ Kündigungsfrist (Tage/Monate)? _____ Wer hat gekündigt? <input type="checkbox"/> der Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Sie selbst Wie wurde gekündigt? <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich Grund der Kündigung? _____ <input type="checkbox"/> <b>befristeter Vertrag</b> bis _____ <input type="checkbox"/> <b>Konkurs Arbeitgeber</b> <input type="checkbox"/> im <b>gegenseitigen Einvernehmen</b> <input type="checkbox"/> <b>anderer Grund</b> (z.B. Gesundheit):			
<b>Wie waren Sie zuletzt angestellt?</b> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Saisonanstellung <input type="checkbox"/> Temporärarbeitsverhältnis <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Beschäftigung auf Abruf <input type="checkbox"/> Heimarbeit <input type="checkbox"/> Aushilfsstelle			
<b>Beschäftigungsgrad des letzten Arbeitsverhältnisses (Pensum)</b> _____ %			



<b>Ausgeübte Funktion</b>				
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kaderfunktion <input type="checkbox"/> Fachfunktion <input type="checkbox"/> Hilfsfunktion <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Praktikum				
<b>Gesuchte Berufe oder Tätigkeiten</b>				
1.		2.		3.
<b>Gewünschter Beschäftigungsgrad (Pensum) _____ %</b>				
<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> einzelne Tage <input type="checkbox"/> abends				
<b>Mögliche besondere Arbeitsformen</b>				
<input type="checkbox"/> Sonn- und Feiertagsarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Nachtarbeit <input type="checkbox"/> Heimarbeit <input type="checkbox"/> Lehre				
<b>Führerausweis</b>				<b>Fahrzeug verfügbar</b>
Keiner    A    B    B1    C    C1    D    D1    CE    C1E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Ja    Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>				
<input type="checkbox"/> nicht mobil <input type="checkbox"/> Tagespendler <input type="checkbox"/> In Teilen der CH <input type="checkbox"/> ganze CH <input type="checkbox"/> Ausland				
<b>Sprachkenntnisse</b> (1 = sehr gut / 2 = gut / 3 = Grundkenntnisse)	<b>mündlich</b>	<b>schriftlich</b>	<b>Muttersprache</b>	<b>Sprachaufenthalt</b>
CH-Deutsch		-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ist Ihnen eine Beschäftigung zugesichert?</b>			Falls ja, ab wann? _____	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> teilzeit	
<b>Sind Sie aktuell in einer Weiterbildung/Studium oder planen Sie, eine Weiterbildung/ein Studium aufzunehmen?</b>			Falls ja, ab wann und zu wie viel Prozent?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			_____, _____% Art der Weiterbildung?	
<b>Sind Sie teilweise selbständig erwerbend oder planen Sie, eine solche Tätigkeit aufzunehmen?</b>			Falls ja, ab wann und zu wie viel Prozent?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			_____, _____% Art der Tätigkeit?	
<b>Abwesenheiten</b>				
<input type="checkbox"/> Ferien                    vom _____ bis zum _____ <input type="checkbox"/> Militär/Zivildienst    vom _____ bis zum _____ <input type="checkbox"/> Mutterschaft - errechneter Geburtstermin? _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit bis _____ <input type="checkbox"/> unklar/bis auf Weiteres <input type="checkbox"/> Andere Gründe - welche?				
Haben Sie Leistungen beantragt oder erhalten Sie Leistungen von einer anderen in- oder ausländischen Sozialversicherung/Institution? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, von welcher? <input type="checkbox"/> Invalidenversicherung (IV) <input type="checkbox"/> Unfallversicherung/SUVA <input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung <input type="checkbox"/> Berufliche Vorsorge <input type="checkbox"/> AHV (Rentenvorbezug) <input type="checkbox"/> Sozialdienst				
Bemerkungen				

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der erhobenen Angaben. Die zuständige Amtsstelle hat mich auf die freie Kassenwahl hingewiesen und mir für diese Wahlmöglichkeit eine vollständige Liste der auf dem Kantonsgebiet tätigen Kassen ausgehändigt.

Ort, Datum:

**Datum, Stempel RAV**

Unterschrift: