



ZUWEISUNGSVEREINBARUNG
 Kommunale Integrationsangebote (KIA)
 VELOSTATION LYSS

PERSONALIEN TEILNEHMER/IN

NAME:	
VORNAME:	
STRASSE/NR.:	PLZ/ORT:
TELEFON:	MOBILE:
GESCHLECHT: W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	GEBURTSDATUM:
KONVERSATIONSSPRACHE: D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>	
AHV-NR.:	ZIVILSTAND:
NATIONALITÄT:	
AUFENTHALTSBEWILLIGUNG: C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	GÜLTIG BIS:
GEWÜNSCHTER BESCHÄFTIGUNGSGRAD IN %:	
DAUER DER ZUWEISUNG VON / BIS :	
BEMERKUNGEN:	



ZUWEISENDE STELLE

Zuweiser:	
STRASSE/NR.:	PLZ/ORT:
KONTAKTPERSON:	E-MAIL:
TELEFON:	FAX:
BEMERKUNGEN:	

Die zuweisende Stelle bestätigt, dass für den/die Teilnehmer/in ein Unfalleinschluss in der Krankenkasse abgeschlossen worden ist.

ORT/DATUM:	ORT/DATUM:
UNTERSCHRIFT ZUWEISENDE STELLE:	UNTERSCHRIFT TEILNEHMER/IN:

Ausgefülltes und unterschriebenes Formular bitte per Mail an intake-bias@equipe-volo.ch senden, danke.