



## ZUWEISUNGSVEREINBARUNG BBB BESCHÄFTIGUNG, BEGLEITUNG & BILDUNG

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 % (MIN. 20 %):	
DAUER DER ZUWEISUNG VON / BIS :	MÖGLICHE PROGRAMME: WÄSCHEREI <input type="checkbox"/> LOGISTIK <input type="checkbox"/> MANUFAKTUR <input type="checkbox"/> INDUSTRIE/RECYCLING <input type="checkbox"/> LIEGENSCHAFTSDIENST <input type="checkbox"/> GASTRONOMIE <input type="checkbox"/> Definitive Zuteilung erfolgt während des Vorstellungs- und Potentialabklärungsgesprächs.
BEMERKUNGEN:	



## ZUWEISENDE STELLE

INSTITUTION:	
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-bbb@equipe-volo.ch](mailto:intake-bbb@equipe-volo.ch) senden, danke.