



Kantonsspital Baden AG
CH-5404 Baden
056 486 21 11

Personal & Recht
Personalabteilung
056 486 21 35

Sekretariat Pflegedirektion
Susanna Bochsler
056 486 29 02

Personalanmeldebogen

Personalien

Anrede <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr		Titel		Konfession	
Nachname		Name als ledig (Geburtsname)		Vornamen	
Geburtsdatum (T, M, J)		Bürgerort		Bürgerort 2	
Zivilstand: ledig <input type="radio"/>		verheiratet seit		geschieden seit	
Adresse der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters		Strasse		c/o	
PLZ		Ort		Kanton	
Tel.-Privat		Handynummer		email Adresse	
				Land	
				AHV-Nr.	
Ehepartner Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
				<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Nationalität		Ausländerstatus		Arbeitgeber	
Kind 1: Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
				<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Kind 2: Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
				<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Kind 3: Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
				<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Kind 4: Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
				<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Werden bereits Kinderzulagen ausgerichtet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Wenn ja, welche (von anderen Arbeitgebern)?			
		Fr./Monat			

Familienbüchlein/Geburtschein
(nur wenn Kinderzulagenberechtigt)

Gesundheitszustand

Haben Sie schwere Krankheiten, Unfälle, Operationen durchgemacht?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	welche	in welchem Alter
Wie ist Ihr Gesundheitszustand heute?			
Haben Sie körperliche Gebrechen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	welche	
Beziehen Sie eine Rente oder Fürsorgeleistung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	von wem	Fr./Monat

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Bisherige Pensionskasse	Name	VSAO
	Adresse	<input type="radio"/>

Militär/Zivilschutz	Grad	nächste Dienstleistung	Art (RS,WK,Abv.)	Beginn	Dauer
----------------------------	------	------------------------	------------------	--------	-------

Andere Nationalität	keine Aufenthaltsbewilligung <input type="radio"/>	Ausweis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	Ausweis-Nr.	gültig bis
----------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------

Schul- und Berufsausbildung (bis Lehrabschluss, Diplom, Matura)

von Monat	Jahr	bis Monat	Jahr	Art der Berufsausbildung/Schule	Arbeitgeber, Ort

Fähigkeitsausweis/Diplome/Staatsexamen

Monat	Jahr	Beruf	ausgestellt durch	Diplomnote, Qualifikation

	Photo
--	-------

Bisherige Tätigkeit

Lückenlose Angaben über die früheren Arbeitsverhältnisse (bitte Zeugniskopien beilegen)

Spital/Institution/Firma/Ort	vom			bis			Funktion
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	
letzte Stelle							

Referenzen (davon mindestens eine aus einem bisherigen Arbeitsverhältnis)

Name, Adresse	Telefon

Gestatten Sie, dass bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber Erkundigungen eingezogen werden? ja nein

Anmeldung für die bargeldlose Lohnzahlung

Per Postgiro auf mein Postcheckkonto	Nr.	
Per Banküberweisung an:	Name der Bank	Bankleitzahl/Clearing-Nummer
Sitz der Bank, PLZ, Ort	Salärkonto Nr.	

Gewünschte Beschäftigung im Spital

Beruf

Grund der Bewerbung (Was veranlasst Sie, sich in unserem Spital zu bewerben?)

Werbung (Wer informierte Sie über diese offene Stelle?)

- Internet Homepage KSB
 Inserat in Zeitung/Zeitschrift Spitalpersonal

Welche? _____

Gegenwärtiger Kündigungstermin

Gewünschter Eintrittstermin

Letztes Monatssalär

Mit welchem Anfangssalär rechnen Sie?

Wünschen Sie Unterkunft im Spital? nein ja 1-Zimmerwohnung

Beilagen AHV-Ausweis (zwingend) Familienbüchlein/Geburtsschein (nur wenn Kinderzulagenberechtigt) Kinderzulage für über 18-jährige: Bestätigung der Ausbildungsstelle Foto Zeugniskopien/Diplomkopien

(Die vom Unterzeichnenden gemachten Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit)

Ort, Datum

Unterschrift

Verwaltung (bitte leer lassen)

Pers. Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Org. Einheit	FU	KST	Tel. intern
Lohnform	Lohnstufe	SFr.	Lohnstufe in %
Soll-Std./Pensum	Bruttolohn		
Beginn Anstellung	Arbeitsbeginn	Austritt	

Anschrift Ausweis

Stellenbezeichnung

Vorbehalt

Bemerkungen:

	Abt. Personal & Recht	Pflegedirektion
Datum		
Visum		