



Kantonsspital Baden

Kantonsspital Baden AG
CH-5404 Baden
056 486 21 11

Personal & Recht
Freek H. Offers
056 486 21 31

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	
Nationalität		Nationalität			
Zivilstand: ledig <input type="radio"/>		verheiratet seit		geschieden seit	
verwitwet seit					
Adresse der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters					
Strasse			c/o		
PLZ		Ort		Kanton	
Land		Tel.-Privat		Handynummer	
AHV-Nr.					
Ehegatte, Ehegattin		Vorname		Geburtsdatum	
Nachname				<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	VSA0
	Adresse	<input type="radio"/>

Militär/Zivildienst	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

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?)

Inserat in Zeitung/Zeitschrift Spitalpersonal

Welche? _____ Drittperson

Gegenwärtiger Kündigungstermin

Gewünschter Eintrittstermin

Letztes Monatssalär

Mit welchem Anfangssalär rechnen Sie?

Wünschen Sie Unterkunft im Spital? nein ja 1-Zimmerwohnung

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

Verwaltung (bitte leer lassen)

Pers. Nr.

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

Planstelle	Org. Einheit	FU	
Kaderstufe	KST	Mitarbeitergruppe	Mitarbeiterkreis
Tel. intern			
Lohnform	Lohnstufe	SFr.	Lohnstufe in %
ABAKABA-Nr.	Jahreslohn		
Soll-Std./Pensum	Leist./Erfa-Anteil		
PK/VSAO	Gesamtlohn		
Beginn Anstellung		Austritt	
Arbeitsbeginn			

Grundausbildung	Art Code Diplom	Bezeichnung Ort	Abschluss
------------------------	--------------------	--------------------	-----------

Penumsänderung	%	ab Datum
Neu		ab Datum
LK	LS	

Anschrift Ausweis

Stellenbezeichnung

Vorbehalt

	Abt. Personal & Recht	Pflegedirektion
Datum		
Visum		

Bemerkungen: