

TACK FÖR ATT DU HAR VISAT INTRESSE FÖR ATT SÖKA ANSTÄLLNING HOS OSS!

Vi bifogar en anställningsansökan som vi vill att du fyller i mycket noggrant och bifogar de handlingar som framgår av bilageförteckningen.

Vi vill också att du beställer ett utdrag ur kriminalregistret. En ansökningsblankett bifogas som skall skickas till Rikspolisstyrelsen. Utdraget tar du med dig i ett öppnat kuvert vid en eventuell intervju.

Handläggningstiden för din ansökan beräknas ta 30 dagar från det att vi har mottagit den.

Ansökan skickar du till Huvudkontoret:

City Security Sweden AB
Personalavdelningen
Box 609
414 51 GÖTEBORG

ANSÖKAN AVSER:

Söker anställning som:			
Arbetstid:			
<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Halvtid/deltid	<input type="checkbox"/> Behov	<input type="checkbox"/> Vikarie
<input type="checkbox"/> Dag	<input type="checkbox"/> Natt	<input type="checkbox"/> Kväll	<input type="checkbox"/> Helg

PERSONDATA:

Efternamn:	Samtliga förnamn, tilltalsnamnet understruket:	Civilstånd:
Personnummer: (10-siffror)	Medborgarskap:	Titel/yrke:
Adress:	Postnummer:	Ort:
Telefon dagtid:	Telefon kvällstid:	Mobiltelefon:
E-postadress:		

PERSONUPPGIFTER:

Har du tidigare blivit dömd eller straffad för brott?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	För vad:	När:
Påföljd:			
Har du körkort:			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Län:	Klass:
Gäller tom:			
Fullgjord värnplikt:			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Tjänstgjort som:	År:
Betyg:			
Uppskov till:	Frikallad orsak:		
Språkkunskaper tal:	Språkkunskaper skrift:		
Datakunskap: (ex Word, Excel eller Officepaketet)			

TIDIGARE ANSTÄLLNINGAR UNDER DE SENASTE FEM ÅREN: (börja med den senaste anställningen)

Arbetsgivare:	Sysselsättning:	Började År - Mån:	Slutade År - Mån:

TIDIGARE UTBILDNINGAR: (inkl. fackutbildning)

Skolans namn:	Kurs eller examen:	Tidpunkt År:	Längd:

REFERENSER: (ange minst tre referenser, t ex arbetsgivare, lärare, befäl)

Namn:	Arbetsgivare:	Adress:	Telefon:

HÄLSODEKLARATION: (har du eller har du haft, kryssa i om svaret är ja)

<input type="checkbox"/> 1 Glasögon/ögonsjukdom	<input type="checkbox"/> 6 Hjärt/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> 11 Gall-/njursten	<input type="checkbox"/> 16 Epilepsi
<input type="checkbox"/> 2 Öronsjukdom	<input type="checkbox"/> 7 Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> 12 Diabetes	<input type="checkbox"/> 17 Ischias/ryggbesvär
<input type="checkbox"/> 3 Hudsjukdom/eksem	<input type="checkbox"/> 8 Lungsjukdom/astma	<input type="checkbox"/> 13 Allergier	<input type="checkbox"/> 18 Urinvägsåkomma
<input type="checkbox"/> 4 Ledbesvär	<input type="checkbox"/> 9 Tuberkulos	<input type="checkbox"/> 14 Psykiska besvär	<input type="checkbox"/> 19 Allvarlig kroppsskada
<input type="checkbox"/> 5 Mag-/tarmbesvär	<input type="checkbox"/> 10 Huvudvärk ofta	<input type="checkbox"/> 15 Sömnbesvär	<input type="checkbox"/> 20 Annan långvarig el allvarlig sjukdom

21 Syn			
a) Anser du att synen är normal på bägge ögonen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Utan glasögon	<input type="checkbox"/> Med glasögon
b) Anser du att ditt färgsinne är normalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
22 Hörsel			
Anser du att hörseln är normal på båda öronen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
23 Luktsinne			
Anser du att ditt luktsinne fungerar normalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
24 Rörelseförmåga			
Har du full rörelseförmåga i armar och ben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
25 Längd, vikt			
Hur lång är du?	cm	kg	
26 Andra upplysningar			

RIKSPOLISSTYRELSEN

Kirunasektionen

Telefon: 0980-681 00

Fax: 0980-681 07

**Till
RIKSPOLISSTYRELSEN
Kirunasektionen
Utdrag, enskilda
981 81 KIRUNA**

Undertecknad begär härmed utdrag ur Rikspolisstyrelsens belastningsregister beträffande mig själv enligt 9 § 1 st lagen (1998:620) om belastningsregistret.

*Samtliga uppgifter skall vara ifyllda för att utdraget skall kunna framställas.
Uppgifterna kommer att behandlas i Rikspolisstyrelsens datasystem.
Utdraget kommer att skickas till din folkbokföringsadress.
Handläggningstiden är ca 2 veckor. Telefontider 09.00-11.30 och 12.30-14.30.*

Fullständigt namn:
(Tilltalsnamnet understruket. V.G. TEXTA)

Personnummer:
(10 siffror)

Postadress:

Postnummer
och postort:

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Namnteckning)