

# Sollicitatieformulier

## Persoonsgegevens

Naar welke functie solliciteer je?

Geboortenaam

Voorletter(s)

Voorna(a)m(en) voluit

Roepnaam

Naam partner, voorletter(s)

Naam die je wil voeren

Geboortenaam

Geboortenaam + partnernaam

Partnernaam

Partnernaam + Geboortenaam

Adres

Postcode / Woonplaats

Telefoonnummer

Mobiel nummer

Emailadres

Geboortedatum

Nationaliteit

BSN-nummer

Identiteitsbewijs (géén rijbewijs)

Burgerlijke staat

Paspoort/ ID-kaart\*

Nr.

ongehuwd / samenwonend / weduwe / weduwnaar /  
gehuwd / duurzaam gescheiden \*

Kinderen

Leeftijd(en)

Behaalde diploma's

Ervaring in de thuiszorg?

JA / NEE (\*)

Huisarts

Ziektekostenverzekeraar

Polisnummer

Rekeningnummer met IBAN

t.n.v.

Heb je een uitkering?

JA / NEE (\*)

Zo ja, welke?

En heb je toestemming van de  
uitkerende instantie:

JA / NEE (\*)

Heb je ooit een WAO/WIA uitkering  
ontvangen? (in verband met subsidie)

JA / NEE ( \_\_\_\_\_ %) Aansluitnummer \_\_\_\_\_

Rijbewijs:

JA / NEE \*

Wat zijn je vervoersmogelijkheden?

Auto/motor  
 Fiets

Bromfiets  
 Alleen O.V.

Waar kan je werken?

(\* =s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is)

## Werktijden/beschikbaarheid

Onze werkzaamheden zijn gebaseerd op flexibele werktijden, afgestemd op de vraag van de Zorgvrager.

Per wanneer zou je kunnen beginnen bij Zorgsamen?: \_\_\_\_\_

### Beschikbaarheid en tijden

	<b>Van</b>	<b>Tot</b>
<b>Maandag</b>	. uur	. uur
<b>Dinsdag</b>	. uur	. uur
<b>Woensdag</b>	. uur	. uur
<b>Donderdag</b>	. uur	. uur
<b>Vrijdag</b>	. uur	. uur
<b>Zaterdag</b>	. uur	. uur
<b>Zondag</b>	. uur	. uur

### Vakantiekrachten

	<b>Van</b>	<b>Tot</b> (* =s.v.p. doo
<i>Van wanneer tot wanneer ben je beschikbaar in de vakantie?</i>		
<i>Wil je na de vakantie nog bij ons blijven werken?</i>	<b>JA (*)</b>	<b>NEE (*)</b>

(\* =s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is)

Toelichting beschikbaarheid:

### Referentie

Bedrijf	Naam contactpersoon	Telefoonnummer

## Ondertekening

Ondergetekende verklaart:

Dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en ermee bekend te zijn dat, indien mocht blijken dat dit formulier niet naar waarheid is ingevuld, het (eventuele aangegane) dienstverband direct kan worden verbroken.

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Naam sollicitant \_\_\_\_\_

Handtekening sollicitant \_\_\_\_\_

**Dit formulier graag zo volledig mogelijk ingevuld opsturen naar:  
Zorgsamen B.V., Ondernemingsweg 50 F, 1422 DZ UITHOORN of [info@zorgsamen.nl](mailto:info@zorgsamen.nl)**