

Anställningsansökan

Sida 1 av 6



Ankom Plan B, datum

Ifylles av den sökande

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet understrykes). Även tidigare efternamn anges.		Personnummer
Bostadsadress, postnummer och postadress		Telefon (även riktnummer)
Födelseförsamling/län		Mobiltelefon
Församling (nu skriven i)		E-mail
Försäkringskassa		Yrke/titel
		Civilstånd
Ange var du bott den 1 november under vart och ett av de senaste sex åren		
År	Bostadsadress (box nr, fack eller postlåda gäller ej)	
Namn på närmaste anhörig samt släktförhållande		Den anhöriges adress och telefonnummer
Har du fullgjort värnplikt? Annan typ av militärtjänstgöring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du körkort? (Om ja, ange typ av körkort) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Jag söker härmed anställning som	Ange ungefärliga arbetstider	Ange önskad tid <input type="checkbox"/> Feriearbete <input type="checkbox"/> Vikariat <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
<p>Jag ger i samband härmed företaget rätt att undersöka mina personliga förhållanden samt medger att registeruppgifter får utlämnas av social myndighet till länsstyrelsen och polisstyrelsen rörande fråga om godkännande enligt lagen (1974:191 ändr. 1980:588) om bevakningsföretag. Jag intygar att jag själv fyllt i samtliga uppgifter i denna ansökan och att dessa uppgifter är sanningsenliga.</p> <p>Jag är införstådd med att skyldighet förligger för samtliga medarbetare att såväl känna till som att rätta sig efter gällande ordningsregler och bestämmelser enligt kollektivavtalet för bevakningsföretag samt andra av företaget utfärdade bestämmelser. Härvid skall särskilt framhållas bestämmelser beträffande tystnadsplikt under rubriken "ordningsregler" i kollektivavtalet.</p>		
Ort	Datum	
Underskrift efter genomläsning av ovanstående text		

Tidigare anställningar under de senaste fem åren

Uppge i tidsföljd de anställningar och feriearbeten du haft samt, skolor. Även eventuell arbetslöshet och sjukdom. Börja på ny rad för varje anställning.

F r o m	T o m	Sysselsättning	Arbetsgivare, närmaste chef, adress och telefon

Utbildning (Inkl. fackutbildning)

Skolans namn	Kurs eller examen	Avslutad år	Antal år	Antal månader

Referenser kan lämnas av följande personer (Minst två referenser skall anges)

Namn		Titel el. yrke		
Adress		Postnummer	Postadress	
Telefon arbetet	Telefon bostaden alt. mobiltelefon		E-mail adress	
Namn		Titel el. yrke		
Adress		Postnummer	Postadress	
Telefon arbetet	Telefon bostaden alt. mobiltelefon		E-mail adress	
Namn		Titel el. yrke		
Adress		Postnummer	Postadress	
Telefon arbetet	Telefon bostaden alt. mobiltelefon		E-mail adress	

Frivillig hälsodeklaration (Uppgifterna behandlas konfidentiellt)

Har du eller har du haft (kryssa 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) allvarlig kroppsskada? |
| <input type="checkbox"/> 3) Hudsjukdom/eksem? | <input type="checkbox"/> 8) lungsjukdom/astma? | <input type="checkbox"/> 13) allergisk sjukdom? | <input type="checkbox"/> 18) gynekologiska besvär? |
| <input type="checkbox"/> 4) ledbesvär? | <input type="checkbox"/> 9) tuberkulos? | <input type="checkbox"/> 14) psyk.besvär/sömnbesvär? | <input type="checkbox"/> 19) urinvägsåkomma? |
| <input type="checkbox"/> 5) Ischias/ryggbesvär? | <input type="checkbox"/> 10) mag/tarmbesvär? | <input type="checkbox"/> 15) huvudvärk ofta? | <input type="checkbox"/> 20) annan långvarig eller allvarlig sjukdom? |

21) Syn a) Anser du att synen är normal på båda ögonen? Ja Utan glasögon Med glasögon

b) Anser du att ditt färgseende är normalt? Ja Nej

22) Hörsel Anser du att hörseln är normal på båda öronen? Ja Nej

23) Luktsinne Anser du att ditt luktsinne fungerar normalt? Ja Nej

24) Rörelseförmåga Har du full rörelseförmåga i armar och ben? Ja Nej

25) Längd, vikt Hur lång är du? cm Hur mycket väger du? kg

26) Övriga upplysningar:

Nr enl. ovan	Vård av läkare eller på sjukhus	Ungefärlig tidpunkt

Antal sjukperioder under de senaste 2 åren:

Antal sjukdagar under de senaste 2 åren:

Anser du dig fullt frisk? Ja Nej

Företagets noteringar

Samtycke enligt 19 § Säkerhetsskyddslagen

(SFS 1996:627)

För anställning i auktoriserat bevakningsföretag erfordras Länsstyrelsens godkännande. Enligt bevakningkungörelse 10§ skall Länsstyrelsens beslut föregås av en prövning av den medborgerliga pålitligheten, vilket sker genom att uppgifter inhämtas enligt Säkerhetsskyddslagen 21 § p 2 (uppgifter om den kontrollerade i belysnings- och misstankeregistret hos Rikspolisstyrelsen och i Säkerhetspolisens register). Sådan inhämtning får ej ske innan den som är föremål för kontrollen har givit sitt godkännande.

Härmed lämnar jag mitt samtycke till säkerhetsprövning enligt 11 § Säkerhetsskyddslagen (SFS 1996:627). Säkerhetsprövningen omfattar registerkontroll enligt 12 §. Vidare medger jag att uppgifter får utlämnas av sociala myndigheter till länsstyrelse och Rikspolisstyrelse rörande fråga om godkännande enligt Lagen om bevakningsföretag.

Ort

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer

Ansökan om anställning i Plan B Bevakning AB

För att vi på Plan B Bevakning AB ska kunna handlägga din anställningsansökan på rätt sätt, vill vi att du alltid bifogar följande handlingar:

- **Personbevis** (från Skattemyndigheten) www.skatteverket.se
- **Historik över sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna** (intyg från Försäkringskassan)
<https://www.forsakringskassan.se/servicewebb/start.do?op=12020>
- **Betygshandlingar** (tidigare utbildningar, anställningar och militärtjänstgöring)
- **Minst två referenser** med telefonnummer – ej släkt, vänner eller make/maka/sambo)

Om det i annonsen efterfrågas andra kvalifikationer vill vi att du även skickar med intyg som styrker dem, som ett komplement till ovanstående.

Sänd ansökan tillsammans med bilagor till adress enligt platsannonsen. Vid spontanansökan till Plan B Bevaknings huvudkontor, adress enligt nedan.

Handläggningen av din ansökan kan ta upp emot två veckor från det att vi har mottagit dina ansökningshandlingar.

Med vänliga hälsningar

Plan B Bevakning AB

Backa Bergö gata 4A

422 46 Hisings Backa