Anmeldung zur Wahl als Expertin/Experten

**Senden Sie dieses Formular zurück an:**

OdA Gesundheit Zürich

Maneggstrasse 37

8041 Zürich

[ ] Assistent/in Gesundheit und Soziales [ ] Medizinproduktetechnologe/-login

|  |  |
| --- | --- |
| NameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | VornameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| StrasseKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ, OrtKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel.PrivatKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Natel Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geb.DatumKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | aktuelle TätigkeitKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse und Tel. GeschäftKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail-GeschäftKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bisherige Berufserfahrung und praktische Erfahrung in der Ausbildung von Lernenden in der beruflichen Grundbildung:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dauer** | **Ort** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

 |

Beilagen:

- kurzer Lebenslauf

- Kopien von Diplomen, Bildungsabschlüssen und Kursausweisen
Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Unterschrift: