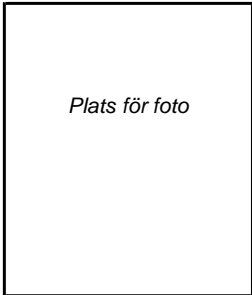




Box: 22313, 104 22 Stockholm  
 Vxl: 075-244 90 00 Fax: 075-244 90 01

**Jag söker anställning som i huvudsak:**  Uniformerad bevakning  Civil bevakning  
 Ordningshållning  \_\_\_\_\_

**Arbetstid:**  Heltid  Halvtid / Deltid  Behov  Sommarvikariat  
 Dag  Natt  Kväll  Helg



**Personuppgifter:**

Efternamn, samliga förnamn, tilltalsnamnet understruket		Födelseår	-månad	-dag	-nummer
Bostadsadress, postnummer samt postadress		Telefon			
Födelseförsamling / län alt. Födelseland		Mobiltelefon			
Församling där du är skriven i nu		Civilstånd			
Försäkringskassa		Yrke / titel			
E-post		Medborgarskap			
Ange var du varit folkbokförd den 1 november under var och ett av de senaste sex åren.					
År	Bostadsadress ( box-nr, fack eller postlåda gäller ej )	Postadress			
Namn på närmaste anhörig		Släktförhållande		Telefon nummer	
Adress					

**Registeruppgifter:**

Har du tidigare blivit dömd eller straffad för brott?					
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	För vad ?	När ?	Påföljd ?	
Har du någon betalningsanmärkning?					
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	För vad ?	När ?		



Box: 22313, 104 22 Stockholm  
 Vxl: 075-244 90 00 Fax: 075-244 90 01

### Kompetensuppgifter:

Har du körkort som är giltigt i Sverige ?					
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Förarbehörigheter / klass	Gäller till		
Har du tidigare arbetat som väktare ?			Är du nu godkänd av länsstyrelsen ?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Var	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Har du tidigare arbetat som ordningsvakt ?		Förordnande gäller till			
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Var	I län		
Har du fullgjort värnplikt ?					
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Tjänstgjort som	År	Betyg	
Uppskov till		Frikallad - orsak			
År	Månad				
Språkkunskaper i tal			Språkkunskaper i skrift		
Datakunskaper					
Ange de utbildningar som du genomgått, ink. Väktarutbildning samt facklig utbildning					
Skolan namn		Kurs eller examen	Avslutat år	Antal År	Antal månader

### Anställningsuppgifter: ( Under de senaste 5 åren )

Ange i tidsföljd de anställningar och arbeten du haft, ange även eventuell arbetslöshet samt sjukdom.						
Började		Slutade		Sysselsättning	Arbetsgivare samt närmaste chef	Telefonnr
År	Mån	År	Mån			





Box: 22313, 104 22 Stockholm  
Vxl: 075-244 90 00 Fax: 075-244 90 01

### Hälsodeklaration: (Uppgifterna behandlas konfidentiellt)

Har du eller har du haft åkomma enligt nedan, sätt ett kryss i rutan för ja.

- |                                                 |                                                    |                                                         |                                                   |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 glasögon/ögonsjukdom | <input type="checkbox"/> 6 hjärt/kärlsjukdom       | <input type="checkbox"/> 11 gulsot, vilken klass: _____ | <input type="checkbox"/> 16 urinvägsåkomma        |
| <input type="checkbox"/> 2 öronsjukdom          | <input type="checkbox"/> 7 högt blodtryck          | <input type="checkbox"/> 12 diabetes                    | <input type="checkbox"/> 17 epilepsi              |
| <input type="checkbox"/> 3 hudsjukdom/eksem     | <input type="checkbox"/> 8 lungsjukdom / astma     | <input type="checkbox"/> 13 allergi                     | <input type="checkbox"/> 18 allvarlig kroppsskada |
| <input type="checkbox"/> 4 ledbesvär            | <input type="checkbox"/> 9 tuberkulos              | <input type="checkbox"/> 14 psykiska besvär             | <input type="checkbox"/> 19 annan långvarig eller |
| <input type="checkbox"/> 5 mag/tarmbesvär       | <input type="checkbox"/> 10 ofta huvudvärk/migraän | <input type="checkbox"/> 15 sömnbesvär                  | allvarlig sjukdom/smita                           |

- 20 Syn
- a) Anser du att synen är normal på båda ögonen?  Ja  Utan glasögon / linser  Med glasögon/linser
- b) Anser du att ditt färgsinne är normalt på båda ögonen?  Ja  Nej
- 21 Hörsel
- Anser du att hörseln är normal på båda öronen?  Ja  Nej
- 22 Luktssinne
- Anser du att ditt luktsinne är normalt?  Ja  Nej
- 23 Rörelseförmåga
- Har du full rörelseförmåga i armar och ben?  Ja  Nej
- 24 Tar du medicin regelbundet, i så fall vilken? \_\_\_\_\_

Övrig medicinsk information:

Har du vårdats på sjukhus eller av läkare för ovan nämnda punkter?

Nej  Ja För vad? \_\_\_\_\_

När? \_\_\_\_\_

Hur har din sjukfrånvaro varit?

Anser du dej fullt frisk?

Antal sjukperioder de senaste 2 åren: \_\_\_\_\_

St.

Antal sjukdagar de senaste 2 åren: \_\_\_\_\_

St.

Ja  Nej

Längd samt vikt

Hur lång är du? \_\_\_\_\_

Cm

Hur mycket väger du? \_\_\_\_\_

Kg

### Bilagor:

Till denna ansökan skall följande bilagor bifogas:

- ▶ Betygshandlingar (från anställningar, utbildningar, militärtjänst etc.)
- ▶ Personbevis (för anställning, inte äldre än 2 mån)
- ▶ Utdrag ur belastningsregistret (skall bifogas i oöppnat kuvert, för beställning använd bifogad blankett)
- ▶ Historik över sjukfrånvaro (intyg från försäkringskassan)
- ▶ Foto till ID-kort (inte äldre än 3 mån)
- ▶ Samtycke (bifogad blankett påskrivet)

Jag lämnar i samband, med denna anställningsansökan, företaget rätt att undersöka mina personliga förhållanden, ekonomi, kontakta referenser och andra personer samt rätt att söka i straffregistret och andra register.

Jag intygar att jag personligen fyllt i samtliga uppgifter i denna ansökan och att dessa uppgifter med tillhörande bilagor är sanningsenliga. Jag lämnar mitt samtycke till att dessa uppgifter får registreras i register eller databaser för användning i samband med rekrytering och anställning.

Jag är införstådd med att skyldighet föreligger för samtliga medarbetare att såväl känna till, som att rätta sig efter gällande ordningsregler och bestämmelser enligt **Lag om Bevakningsföretag**, kollektivavtal, samt av företaget utfärdade bestämmelser. Härvid skall särskilt framhållas kollektivavtalets bestämmelser under rubriken **ordningsregler** i vilka ingår bestämmelser beträffande **TYSTNADSPLIKT**.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift efter genomläsning och godkännande av ovanstående text \_\_\_\_\_



Box: 22313, 104 22 Stockholm  
Vxl: 075-244 90 00 Fax: 075-244 90 01

## *SAMTYCKE*

Med anledning av att jag sökt anställning i Skyddsbevakning Sverige AB då tjänsten är säkerhetsklassad enligt definition i Säkerhetsskyddslagen (1996:627) § 17 samt att den anställdes medborgerliga pålitlighet skall prövas enligt förordningen om bevakningsföretag (1996:634) § 10, samtycker jag till att registerkontroll och särskild personutredning får göras nu och fortlöpande under anställningstiden i enlighet med Säkerhetsskyddslagen (1996:627) § 19.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnteckning