

ANMELDUNG

RESTAURANT LIBELLE

AUFTRAG (Bitte ankreuzen!)

<p>Restaurant Libelle</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärungsplatz</p> <p><input type="checkbox"/> Trainings- / Qualifizierungsplatz</p>	<p>Während maximal drei Monaten wird das Leistungspotenzial für die (Wieder-)Eingliederung in die Gastronomie-Branche bestimmt. Durch den individuell abgestimmten Arbeitseinsatz in Küche, Buffet oder Service werden Eignung, Neigung, Arbeits- und Lernfähigkeit sowie die sozialen Kompetenzen beurteilt und die fachlichen Kompetenzen im Gastronomiebereich eingeschätzt.</p> <p>Während drei bis maximal zwölf Monaten werden die notwendigen Fach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenzen für einen Übertritt in den regulären Arbeitsmarkt im Bereich Gastronomie angeeignet. Der Arbeitseinsatz ist individuell abgestimmt und erfolgt wahlweise in den Bereichen Küche, Buffet oder Service. Zusätzlich zur praktischen Arbeit finden theoretische Schulungseinheiten statt. Dazu gehört auch ein individuelles Coaching im Rahmen der Stellensuche.</p>
---	--

ANGABEN ZUR PERSON

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ / Ort _____
Telefon / Handy _____	E-Mail _____
Geburtsdatum _____	Zivilstand _____
Kinder (Anzahl/Alter) _____	AHV-Nummer _____

Für Ausländerinnen und Ausländer

Nationalität _____	Bewilligung _____
---------------------------	--------------------------

Deutschkenntnisse nach GER:

Lesen: _____	Schreiben: _____	Sprechen: _____	Verstehen: _____
---------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------

ANGABEN ZUR BERUFLICHEN QUALIFIKATION

Erlerner Beruf _____
Zuletzt tätig als / wo _____
Berufliches Ziel _____

ANGABEN ZUM EINSATZ

Stellenprozente _____
Einsatzdauer _____

Die Arbeitszeiten richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften der Gastronomie. Schichtarbeit mit Teildiensten sowie Abend- und Sonntagsarbeit gehören grundsätzlich dazu.

Einschränkungen (*gesundheitlich, zeitlich, etc.*)

Individuelle Zielsetzung

Bemerkungen

ANGABEN ZUR ZUWEISENDEN STELLE

Gemeinde / Stadt _____ Kontaktperson _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Andere involvierte (Beratungs-)Stellen _____

Datum _____ Unterschrift Sozialberatung _____

Ich bin mit den obenstehenden Angaben einverstanden. Zudem entbinde ich den/die erwähnte(n) Berater(in) von allen für den Einsatz relevanten Angelegenheiten von der Schweigepflicht.

Datum _____ Unterschrift Teilnehmer(in) _____

Anmeldung bitte per Mail an:

Restaurant Libelle
Manuela Bernasconi (Leiterin Integration)
manuela.bernasconi@restaurantlibelle.ch

Beilagen

- Lebenslauf (im Word)
- Arbeitszeugnisse
- Vollmachtserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht