



LEVANGER KOMMUNE

Postboks 130

7601 LEVANGER

SØKNAD OM ARBEID SOM STØTTEKONTAKT

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Personnummer: _____

Disponerer du bil: Ja eller Nei

Hvorfor søker du om å bli støttekontakt:

Yrke: _____

Utdanning: _____

Arbeidserfaring: _____

Interesser: _____

Hvor mange arbeidstimer pr. uke ønsker du: _____

Over hvor lang tid: _____

Ukedager: Mandag, Tirsdag, Onsdag, Torsdag, Fredag, Lørdag, Søndag

Ønsker og alder for den som har behov for støttekontakt:

Tidligere støttekontakterfaring:

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift _____