

Umsókn um starf umsjónarmanns leikjanámskeiða.

Nafn _____ Kennitala _____ - _____

Heimili _____ GSM _____

Heimasími _____ Netfang _____

Nánasti aðstandandi _____

Heimasími _____ Vinnusími _____

Hef reynslu af vinnu við eitthvað af eftirfarandi:

Flokkstjórn. Skátastarfi Kofabyggð. Leikjanámskeið. Kennslu/þjálfun. Vinnu með krökkum.

STARFSTÍMABIL LEIKJANÁMSKEIÐA

8. júní – 19. júní / 14. júlí – 24. júlí.

Aldur barna á námskeiði er 6 – 11 ára

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Hef ökuréttindi. | 2. Reykir þú? | 3. Notar þú tóbak í vör? | 4. Hreint sakavottorð? |
| Já <input type="checkbox"/> | Já <input type="checkbox"/> | Já <input type="checkbox"/> | Já <input type="checkbox"/> |
| Nei <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

Umsóknum skal skilað á bæjarskrifstofuna í Garðinum fyrir 25. mars n.k.

**** Með undirskrift samþykkir umsækjandi bakgrunnsathugun á sakavottorði. ****

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Fyllist út af bæjarskrifstofu

Afgreiðsla umsóknar: _____ Dags: _____

Tilkynnt í síma hvenær: _____ Dags: _____ Kl. _____

Framhaldsupplýsingar vegna umsóknar um starf umsjónarmanns leikjanámskeiða.

Atvinnuupplýsingar:

Starfsheiti	Tímabil	Vinnuveitandi	Meðmælandi

Menntun/Starfsréttindi:

Skóli	Próf	Útskriftarár.

Námskeið:

Heiti námskeiðs	Umsjónaraðili	Ár

Aðrar upplýsingar:
