**Ansökan om nyanställning**

Vårdval Fysioterapi

 Ofullständigt ifyllda ansökningar/ utan efterfrågade handlingar

 kommer att återsändas till arbetsgivaren för komplettering

**Uppgifter om arbetsgivare**

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdgivare: | Organisationsnummer: |
| Verksamhetens adress: | Telefonnummer: |

**OMFATTNING** – ange startdatum och omfattning i procent av heltid (40 tim/vecka)

|  |
| --- |
| From: Procent (%): |

……………………………………………………………………………………………….

Datum Arbetsgivarens namnteckning

**Arbetstagare**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och tilltalsnamn: | Personnummer: |
| HSA ID: |
| Telefonnummer: | E-mail: |

**CV samt kopia av legitimation, betyg och ev. övriga intyg ska bifogas**

OBS! Ersättning utbetalas till arbetsgivaren.

……………………………………………………………………………………………….

Datum Arbetstagarens namnteckning

**Insändes till:**

**Vårdvalsenheten**

**Region Värmland**

**Rosenborgsgatan 50**

**651 82 Karlstad**

Vid frågor kontakta Vårdvalenheten

vardval.fysioterapi@regionvarmland.se

**ANSÖKAN SKA LÄMNAS IN 4 VECKOR FÖRE ANSTÄLLNINGENS BÖRJAN.**