



Oplysningsskema

(Bedes udfyldt med BLOKBOGSTAVER)

Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Statsborgerskab:	_____	Civilstand:	_____
Adresse:	_____	Post nr.:	_____
By:	_____	Tlf./Mobil:	_____
		E-mail:	_____
Sidst skattepligtig til/i:	_____		

Navn og cpr.nr. på ægtefælle/samlever og børn:

Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____
Navn:	_____	Cpr-nr.:	_____

Er du rask og fuldt arbejdsdygtig? Ja Nej

Nærmeste pårørende, der skal underrettes i tilfælde af alvorlig sygdom, ulykke eller død:

Navn: _____ Tlf./Mobil: _____

Adresse: _____ E-mail: _____

Er du under tilsyn hos Styrelsen for patientsikkerhed eller andre steder? Ja Nej

Hvis andre steder, skriv hvor: _____

Jeg erklærer hermed, at ovennævnte oplysninger er korrekte og bemyndiger tillige ansættelsesmyndigheden til, at indhente straffeattest.

Jeg er opmærksom på, at fortællinger eller urigtige besvarelser, kan medføre såvel afskedigelse som erstatningsansvar:

Dato: _____ Underskrift: _____