

Ambassadorenhof  
4509 Solothurn  
Telefon 032 627 93 71  
Telefax 032 627 93 51  
gesundheitsamt@ddi.so.ch

**Meldung der Anstellung von  
ohne Stellvertreterfunktion**

**Arbeitgeber/in**

Bewilligung als \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Praxis \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Praxis \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Fax Nr. Praxis \_\_\_\_\_

**Angestellte Person ohne Stellvertreterfunktion**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Heimatstaat \_\_\_\_\_  
Arbeitsbeginn \_\_\_\_\_ Stellenprozent \_\_\_\_\_

**Von Arbeitgeber/in zu prüfende Unterlagen**

- Lebenslauf:
- Diplom: \_\_\_\_\_
- Haftpflichtversicherung ist Sache des Praxisinhaber

- **Zusätzliche Unterlagen für EU Bürger**
  - Anerkennung des al
  - Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Dokumente vorliegen und von Ihm/Ihr geprüft worden sind.

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_