

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

**Meldung der Anstellung
mit Stellvertreterfunktion (75 Tage pro Jahr)**

Arbeitgeber/in

Bewilligung als _____

Name _____

Vorname: _____

Praxis _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. Praxis _____

E-mail _____

Fax Nr. Praxis _____

Angestellte Person mit Stellvertreterfunktion

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heimatstaat _____

Arbeitsbeginn _____

Stellenprozent _____

Von Arbeitgeber/in zu prüfende Unterlagen

- Lebenslauf:
- Diplom: _____
- Arbeitszeugnis (mindestens 2jährige unselbständige Tätigkeit)
- Haftpflichtversicherung ist Sache des Praxisinhaber

- **Zusätzliche Unterlagen für EU Bürger**
 - Anerkennung des ausländischen Diploms
 - 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
