|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Persoonlijke gegevens:** |  |  |  |
| Datum aanmelding: |  | Startdatum zorg: |  |
| Roepnaam: |  | Geboorteplaats: |  |
| Geboortenaam: |  | Geboortedatum: |  |
| Geslacht: |  | Levensbeschouwing: |  |
| Achternaam: |  | IBANnummer: |  |
| Burgelijke Staat: |  | t. n. v. |  |
| Adres: |  | Paspoort IDnummer |  |
| Postcode: |  | Paspoort geldig tot: |  |
| Woonplaats: |  | Nationaliteit: |  |
| Vaste telefoon: |  | Kwalificatieniveau: |  |
| Mobiel: |  | Kopie VOG t. b. v. thuiszorg |  |
| Emailadres: |  | BIGregistratienummer: |  |
| BSNnummer: |  | BIG geldig tot: |  |
| Vervoermiddelen: |  | Soort keurmerk: |  |
| Naam BAV: |  | Inschrijfnummer keurmerk: |  |
| Polisnummer BAV: |  | Raamovereenkomst: |  |
|  |  | Soort klachten regeling: |  |
|  |  | Registratienummer klachtenregeling: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Opleiding** | **Opleidingsinstituut:** | **Van/tot:** | **Diploma:** | **Datum registratie diploma:** | **Registratienummer:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Huidige opleiding:** | **Soort opleiding:** | **Verwachte afronding:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Huidige of Vroegere opdrachtgever:** | **Werkzaamheden:** | **Periode:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Huidige of vroeger Werkgever:** | **Functie:** | **Periode:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Naam Referentie:** | **Telefoon:** | **Functie:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Voorkeur werkzaamheden:** |  |
| Ochtend beschikbaar: | Niet beschikbaar op: |
| Middag beschikbaar : | Wil beslist niet werken bij: |
| Avond beschikbaar: | Is allergisch voor: |
| Nacht beschikbaar: | Mag cliënt roken in huis: |
| Weekend beschikbaar: | Voorkeur aantal uren per week: |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Overige opmerkingen:** |

Ik verklaar hierbij de voorgaande gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en voldoende geïnformeerd te zijn door Zeelandcare voor het werken als zelfstandige en het daarbij behorende ondernemersrisico en daar uit voortvloeiende verplichtingen:

Datum ………………………………….

Plaats ………………………………………….

Handtekening…………………………….