 **  **

**SØKNAD OM ENGASJEMENT SOM STØTTEKONTAKT**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn:  |   |   |   |   |   |   |
| Fødselsnummer:  |   |   | Kjønn |  |   |
| Adresse: |   |  |   |   |  |   |
| Sted og postnummer:  |  |  |  |  |  |  |
| Telefonnummer: |  |  |  |  |  |  |
| E-postadresse: |   |   |   |   |   |
| Har du førerkort:  |   | Disponerer du bil? |   |   |
| Språk (Tegnspråk, tegn til tale, andre):  |   |   |   |
| Ditt yrke og utdanning: |   |   |   |   |   |
| Hva gjør du nå (Skole, jobb)? |   |   |   |   |
| Referanser:  |  |  |  |  |
| Interesser og hobbyer du har? |   |   |   |
| Hvorfor søker du om å bli støttekontakt?  |   |   |   |
| Nevn dine sterke sider/ressurser i arbeidet som støttekontakt: |   |   |
| Har du erfaring fra lignende arbeid? |   |   |   |   |
| Har du erfaring med?  |   |   |   |   |   |
| Epilepsi: |  |  |  |  |  |   |
| Diabetes:  |  |  |  |  |  |   |
| Psykisk utviklingshemming: |  |  |  |   |
| Fysisk funksjonsnedsettelse: |  |  |  |   |
| Autisme: |   |   |   |   |   |   |
| Hvor lenge kan du være støttekontakt fremover: |   |   |   |
| Når kan du jobbe? (dagtid, kveldstid, hvilkedager?) |   |   |   |
| Annet: |  |  |  |
| Hvor fant du informasjon om engasjementet/stillingen? |   |   |

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Utfylt skjema sendes:**

E-post: post.aktiv.fritid@kristiansand.kommune.no