**Redovisning av sökta arbeten**  
Ekonomiskt bistånd - Stöd till individ och familj  
Adress: Storgatan 27, 942 85 Älvsbyn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Namn:** | **Personnummer:** | **Datum:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum för ansökan** | **Arbetsplats/Företag**  *(Namn, telefon, ort)* | **Kontaktperson**  *(Namn, titel)* | **Tjänst/arbetsuppgift** | **Besked eller tid för intervju** | **Har ansökt** *(Skriftligt eller muntligt)* | **Var utannonserades tjänsten?** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |