

## Collocamento

## Domanda per prestatori d'opera

Igienista dentale: .....

Nome / Cognome: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

E-Mail: .....

Data di nascita: .....

Anno in cui si è diplomato(a): .....

Istituto di igiene dentale: .....

---

Esperienza professionale: .....

Data di assunzione desiderata: .....

Regione, città desiderata: .....

No di giorni di lavoro alla settimana: .....

---

Desideri particolari: .....

E' socio(a) della Swiss Dental Hygienists      Sì            No     

Data / Firma: .....

**Inviare a:**  
Swiss Dental Hygienists  
Geschäftsstelle  
Bahnhofstrasse 7b  
6210 Sursee  
[info@dentalhygienists.ch](mailto:info@dentalhygienists.ch)  
Fax 041 926 07 99

Sursee, 10 agosto 2014

g:\vm\swiss dental hygienists\2009\1 dienstleistungen\5 stellenvermittlung\4 tessin\forso090810.i.01 stellenvermittlung arbeitnehmer.doc

