



Asociación para la Capacitación y la Integración Socio-laboral de las Personas Discapacitadas

## OFERTA DE TREBALL NÚMERO .....

### DADES DE L'EMPRESA

NOM SOCIAL:	.....
ADREÇA:	..... CODI POSTAL: .....
TELÈFON:	..... FAX: .....
POBLACIÓ:	..... PROVÍNCIA: .....
C.I.F. / N.I.F:	..... Nº PATRONAL: .....
E-MAIL:	..... WEB: .....

### SELECCIÓ

NOM DEL RESPONSABLE DE LA SELECCIÓ:	.....
CÀRREC:	.....
HORARI PER CONTACTAR:	..... E
TELÈFON:	..... F

### LLOC DE TREBALL OFERT

PLACES A COBRIR:	.....
CÀRREC:	.....
CATEGORIA:	.....
PERFIL:	.....
FUNCIONS:	.....
MUNICIPI DEL LLOC DE TREBALL:	.....
HORARI:	.....
TIPUS DE CONTRACTE:	..... DURACIÓ: .....
SALARI BRUT ANUAL:	..... N
DATA D'INCORPORACIÓ :	.....

## **REQUISITS DELS CANDIDATS**

<b>EDAT:</b> .....	<b>SEXE:</b> .....
<b>EXPERIÈNCIA:</b> .....	
<b>FORMACIÓ / NIVELL D'ESTUDIS:</b> .....	
<b>IDIOMES:</b> .....	
<b>INFORMÀTICA:</b> .....	
<b>CONEXEMENTS:</b> .....	
<b>CARNETS:</b> .....	
<b>VEHICLE PROPI:</b> .....	
<b>PROXIMITAT AL LLOC DE TREBALL:</b> .....	
<b>ALTRES:</b> .....	

**OBSERVACIONS: IMPRESCINDIBLE CERTIFICAT DE DISMINUCIÓ**