

## Gesuch Eignungsabklärung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Eignungsabklärung als: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Verantwortlich für die Eignungsabklärung: \_\_\_\_\_

Beginn und Dauer der Eignungsabklärung: \_\_\_\_\_ Tage

Wöchentliche Normalarbeitszeit im Betrieb: \_\_\_\_\_ Std.

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die im Gesuch aufgeführten Angaben wurden vollständig und wahrheitsgetreu gemacht.

\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
 Einverständnis stellensuchende Person

\_\_\_\_\_  
 Einverständnis Arbeitgeber/in  
 (Stempel und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
 Einverständnis AMS FL

Während der Eignungsabklärung sind Stellensuchende gegen Unfälle obligatorisch versichert (Art. 64 des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung). Der Arbeitgeber hat keinen Lohn zu entrichten. Die versicherte Person hat für die vereinbarte Zeit Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung. Richtet der Arbeitgeber trotzdem eine Entschädigung aus, ist der Arbeitslosenversicherung eine Bescheinigung über den Zwischenverdienst einzureichen.