

PERSÖNLICHE DATEN

Frau Herr

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/Wohnort:
Geboren am:	Geburtsort:
Familienstand:	Kinder:
Staatsangehörigkeit:	SV-Nummer:
Handynummer:	E-Mail:

BILDUNG

Lehraabschluss
 Matura
 HTL
 Fachhochschule

Sonstiges Wenn Ja was? _____

Ausbildung als: _____

BERUFLICHER WERDEGANG

Firma	Tätigkeit/Berufsbezeichnung	von	bis

Fremdsprachenkenntnisse: _____

PC-Kenntnisse: _____

Zusätzliche Fortbildungsmaßnahmen: _____

Besondere Fähigkeiten:

Führerschein Ja Nein
 Kranschein Ja Nein
 Staplerschein Ja Nein

Haben Sie Ihren Wehrdienst/Zivildienst bereits abgeleistet? Ja Nein

Wenn nein wann voraussichtlich? _____

Untauglich? Ja wenn ja warum? _____

FLEXIBILITÄT

Können Sie die Arbeitszeiten den betrieblichen Erfordernissen anpassen? Das heißt wenn Aufträge vorhanden sind, wird gearbeitet bis diese abgearbeitet sind.

Dies alles wird über Zeitausgleich oder Überstunden vergolten. Ja Nein

Überstunden/Wochenende Ja Nein

Welche Tätigkeiten liegen Ihnen besonders?

gleichbleibend und wiederkehrend
 abwechslungsreich und vielschichtig

Haben Sie Interesse an Weiterbildung?

⇒ während der Arbeitszeit Ja Nein
 ⇒ außerhalb der Arbeitszeit Ja Nein

GESUNDHEITLICHE FRAGEN	
Sind Sie völlig gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nicht, leiden Sie an ansteckenden Krankheiten?	
Falls ja , welche? _____	
Sind Sie dadurch arbeitsbehindert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Invalideneinstellungsschein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie eine Gleichstellungsbescheinigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie einen Opferfürsorgeausweis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie eine Rente oder ein Ruhegeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja wie viel % _____	
Bereitschaft zur 3 Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie körperlich schwere Arbeit verrichten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können Sie stehende Tätigkeit verrichten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

SONSTIGES 01	
Haben Sie Ziele?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Bereich?	
Welche Hobbys haben Sie?	
Sind Sie in Vereinen engagiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, in welchen und in welcher Position?	
Haben Sie Verwandte in unserer Firma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie sind Sie auf unsere Firma aufmerksam geworden?	
Was wissen Sie über unsere Firma?	
Falls ja, woher wissen Sie etwas über unsere Firma? (Presse, Internet, Bekannte usw.)	
Sind Sie vorbestraft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja weshalb _____ §-Nr.: _____	
Haben Sie Bankverbindlichkeiten, Verpfändungen oder laufende Exekutionen?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Für weibliche Bewerberinnen: Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie lange wäre Ihr Anfahrtsweg? Ca. _____ km und ca. _____ Min.	
Womit würden Sie kommen? (Auto, Zug usw.)	
Gehaltsvorstellung (Netto in €):	

SONSTIGES 02

Waren Sie schon einmal in unserer Firma beschäftigt? Ja Nein

Wenn ja, von: _____ bis: _____

Tätigkeit damals: _____

Welche Abteilung: _____

Beworben als: _____ Abteilung: _____

Wann ist der Eintritt in das Arbeitsverhältnis frühestens möglich: _____

Sind Sie damit einverstanden, wenn wir Ihren ehemaligen Arbeitgeber kontaktieren?

Ja Nein

Mir ist bekannt dass wissentliche Falschbeantwortung zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses führen kann.

.....
Datum:

.....
Unterschrift:

Bewerbungsgespräch geführt durch: