Druck Satz DTP
Adressen Versand
Verpackung
reha

PERSONALFRAGEBOGEN

Haben Sie einen Führerschein?	ja / nein	Wenn ja, welche Klasse?
Jetziger Gesundheitszustand:		
Beschwerden/Behinderung:	ja / nein	Wenn ja, welche?
Besteht eine Schwangerschaft?	ja / nein	
Sind Sie schwerbehindert?	ja / nein	Wenn ja, wieviel % MdE?
Art der Behinderung:		
Beziehen Sie Rente?	ja / nein	Wenn ja, welche?
Nur von männl. Bewerbern bis 28 Jahre zu beantworten		
Wehrdienst/Zivildienst	von:	bis:
Liegen Pfändungen gegen Sie vor?	ja / nein	
Ist für das laufende Urlaubsjahr bereits Urlaub von einem anderen Arbeitgeber gewährt oder abgegolten worden?		ja / nein
Bei welcher Krankenkasse sind Sie Pflicht-, freiwillig- oder familienversichert?		
Warum gaben Sie Ihre letzte Stelle auf?		
Welche Kündigungsfrist müssen Sie einhalten?		Frühester Eintrittstermin?
Ihre Gehalts- bzw. Lohnvorstellungen?		
Letztes Monatseinkommen brutto (ohne Überstunden und sonst. Zuwendungen)?		
Ort:	Datum:	
Unterschrift:		

Für welche Tätigkeit bewerben Sie sich?

Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname und/oder Name aus früherer Ehe):

LICHTBILD
Bitte dieses Feld
nicht beschriften.

PLZ, Ort

Straße:

Telefon:

geboren am:	in:
led./verh./gesch./verw. seit:	Religion:
Staatsangehörigkeit:	

Welche Schulen besuchten Sie?	Ort:	vom:	bis:
Berufsschule:	Ort:	vom:	bis:
Ausbildungsbetrieb:	Ort:	vom:	bis:
Branche:	ausgebildet als:	Ausbildungsprüfung am:	

- Bitte wenden -

FB 3.1/2 02/00

Sprachkenntnisse: (sehr gut / gut / mittel / Schulkenntnisse)		
PC-Kenntnisse (sehr gut / gut / mittel / keine)		
Von welcher Software haben Sie gute und sehr gute Kenntnisse?		
Kurse jeglicher Art:	Ort:	Jahr:
Bestandene Prüfungen:	Ort:	Jahr:
Besondere Fähigkeiten:		
Haben Sie Verwandte im Betrieb?	wenn ja, wen?	
Waren Sie schon einmal bei uns beschäftigt?	wenn ja, wann? (von, bis)	

Frühere Stellungen/Firma (Neueste Stellungen zuletzt)	Ort	Geschäftszweig	tätig als	vom	bis	Jahre

Kinder für die Sie Anspruch auf Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz haben

Vorname	Geburtstag	Ausbildung/Schule bis	Einkommen:
1			
2			
3			
4			
5			

Beschäftigungsverhältnis des Ehegatten:	Name des Ehegatten:
Arbeitgeber:	Anschrift:

Öffentlicher Dienst:
☐ Angestellter ☐ Beamter ☐ Richter ☐ Soldat

nicht öffentlicher Dienst
Zahlung eines Ortszuschlags angelehnt an den öffentlichen Dienst ja/nein

- Bitte wenden -