

Bewerbungsformular

Bewerbung als:

Gewünschte Arbeitszeit: Ganztags Vormittags Nachmittags Abends

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Fühlen Sie sich auch für eine andere Tätigkeit geeignet? Ja Nein

Wenn ja, für welche?

3-Schichtbereitschaft? Ja Nein

Vor- und Zuname: geborene:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefonnummer: Handynummer:

geb. am: in:

Staatsangehörigkeit: Religion:

Familienstand: Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet Seit wann?

Zahl der Kinder: Alter der Kinder:

Ist Ihre letzte Stelle bereits gekündigt?

Wenn ja, von wem? Zu welchem Termin?

Welche Kündigungsfrist haben Sie bei Ihrem jetzigen Beschäftigungsverhältnis?

Wann könnte Ihr frühester Eintritt sein?

Wie hoch war bzw. ist Ihr bisheriges Monatsgehalt/Stundenlohn? EUR

Welches Gehalt bzw. Stundenlohn erwarten Sie bei der Einstellung? EUR

Waren Sie in den letzten 2 Jahren arbeitsunfähig erkrankt?

Wie lange? Krankheiten?

Wie ist Ihr derzeitiger Gesundheitszustand?

Welche Beschwerden oder Behinderungen haben Sie?

Sind Sie kriegs- oder zivilversehrt? Ja Nein Mind. der Erwerbsfähigkeit? %

Beziehen sie Rente? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? Welche?

Haben Sie eine Kur beantragt? Ja Nein

Haben Sie den Wehrdienst bereits abgeleistet? Ja Nein

Wurde eine frühere Tätigkeit aus besonderen Gründen aufgelöst
(Unehrlichkeit, Arbeitsverweigerung u. dgl.)? Ja Nein Wenn ja, warum?

Haben Sie sich schon früher bei uns beworben? Ja Nein Wenn ja, Wann etwa?

In welcher Krankenkasse sind oder waren Sie versichert?

Sind Lohnpfändungen zu erwarten? Ja Nein

Sind Sie vorbestraft? Ja Nein Ursache?

Haben Sie Verwandte im Betrieb? Ja Nein Wenn ja, wenn?

Welche Schulen besuchten Sie?

von	bis	Schule	in

Haben Sie Spezialkenntnisse aus Lehrgängen und dgl. Oder haben Sie Kurse besucht?

Beschäftigungszeiten: (früheren Arbeitsverhältnissen)				
von	bis	Firma	Branche	Tätigkeit

Können Sie Zeugnisse über frühere Arbeitsverhältnisse einschließlich Lehrzeit befügen? Ja Nein

Wenn ja, von welchen Firmen?

Besitzen sie einen Führerschein? Ja Nein Welche Klasse? I II III IV

Nur noch von weiblichen Personen zu beantworten

Haben Sie Anhaltspunkte, dass Sie aufgrund Ihres derzeitigen Zustandes demnächst Rechte aus dem Mutterschutzgesetz geltend machen können?
 Ja Nein Wenn ja, wann?

Ort, Datum

Unterschrift v. Bewerber