

## Bewerbungsbogen

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Vertraulich

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name (ggf. Geburtsname)   | Vorname   | Geburtsdatum   |
| Geburtsort/-Land  | Staatsangehörigkeit   | Telefon  |
| PLZ    Wohnort  | Straße  | Telefax  |
| Email-Adresse   | Mobiltelefon  |  |
| Zur Zeit tätig als  | Erlerner Beruf  | Schulabschluss   |
| Arbeitserlaubnis gültig von/bis (falls erforderlich)  |   | Aufenthaltserlaubnis von/bis bei EU-Bürgern (falls erforderlich) |
| Bei Minderjährigen: Anschrift der Eltern oder des/der gesetzlichen Vertreter/s  |   |  |
| Familienverhältnisse:<br><input type="checkbox"/> nicht verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____  |   |  |
|   | Name  | Vorname  |
| Ehegatte  |   |  |
| 1. Kind   |   |  |
| 2. Kind   |   |  |
| 3. Kind   |   |  |
| 4. Kind   |   |  |
| Für welches Arbeitsgebiet bewerben Sie sich?  |   |  |
| Jetziger Monatsverdienst - Brutto<br><small>(ohne Überstunden u. sonst. Vergütungen)</small>  | Sonstige Bezüge<br><small>(z.B. Sachbezüge, Gratifikationen usw.)</small>           | Jetziger Jahresverdienst - Brutto                                |
| Bei Stunden/Woche:  |   | Bei Stunden/Woche:   |
| Erwartetes Einstellgehalt - Monat   | Erwartete Sonstige Bezüge<br><small>(z.B. Sachbezüge, Gratifikationen usw.)</small> | Erwartetes Einstellgehalt - Jahr                                 |
| Bei Stunden/Woche:  |   | Bei Stunden/Woche:   |
| Stehen Sie in einem Arbeitsverhältnis?<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   | Kündigungsfrist   | Möglicher Eintrittstermin  |
| Haben Sie sich schon einmal in unserem Unternehmen beworben?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>oder gearbeitet ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann?                                    als   |   |  |
| Haben oder hatten Sie Verwandte oder nächste Angehörige im Unternehmen?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>Name _____<br>Verwandtschaftsgrad _____ <input type="checkbox"/> noch beschäftigt <input type="checkbox"/> nicht mehr beschäftigt <input type="checkbox"/> im Ruhestand |   |  |
| Wann ist eine persönliche Vorstellung möglich?  |   |  |

**Ausbildung** (Bitte Zeugnisabschriften nur beifügen, wenn diese nicht schon mit der Bewerbung eingereicht wurden)

| Schulbildung<br>(Allgemeinbildende Schulen,<br>Fachschulen, Hochschulen) | Ort          | von<br>Monat/Jahr | bis<br>Monat/Jahr | Abschluss als | Note |
|--|--------------|-------------------|-------------------|---------------|------|
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
| Berufsausbildung bei der Firma<br>und Weiterbildungskurse                | Fachrichtung | von<br>Monat/Jahr | bis<br>Monat/Jahr | Abschluss als | Note |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |
|  |              |                   |                   |               |      |

**An welchen wichtigen Fortbildungskursen haben Sie teilgenommen?**

| Veranstalter | Bezeichnung/Fachgebiet | von<br>Monat/Jahr | bis<br>Monat/Jahr |
|--------------|------------------------|-------------------|-------------------|
|              |                        |                   |                   |
|              |                        |                   |                   |
|              |                        |                   |                   |
|              |                        |                   |                   |
|              |                        |                   |                   |

**Sprachkenntnisse**

|             | Sehr gut                 | gut                      | ausreichend              | Grundkenntnisse          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Englisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Besondere Kenntnisse/Fertigkeiten**

|                     |                             |                               |               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| PC-Kenntnisse       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Spezialkenntnisse   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Sonstige Kenntnisse | _____                       |                               |               |
| Auslandserfahrung   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |



|  |                             |                               |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Wehrdienst (freiwillige Angaben)</b>  |                             |                               |                               |
| Sind Sie wehrpflichtig?  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                               |
| Sind Sie bereits o. werden Sie demnächst gemustert?                                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | wann _____                    |
| Haben Sie den Grundwehrdienst oder Ersatzdienst schon geleistet?                     |                             | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von _____ bis _____   |                             | letzter Dienstgrad            | _____                         |
| Sind Sie für den zivilen Bevölkerungsschutz oder Luftschutzhilfsdienst verpflichtet? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                               |
| <b>Gesundheitszustand (freiwillige Angaben)</b>                                      |                             |                               |                               |
| Haben Sie körperliche Behinderungen?   | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                               |
| welche? _____  |                             |                               |                               |
| Ist Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert?   | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Um wie viel Prozent? ____     |
| Sind Sie in den letzten Jahren ernstlich oder lang andauernd krank gewesen?          |                             | Ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie lange? _____  |                             |                               |                               |
| Ist eine Kurmaßnahme bewilligt oder beantragt?                                       | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | wann _____                    |
| Raum für weitere Bemerkungen:  |                             |                               |                               |
|  |                             |                               |                               |

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben die Firma gegebenenfalls zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses berechtigt. Mit der maschinellen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anlage (ggf.): \_\_\_\_\_ Zeugnisabschriften (Bitte keine Originalzeugnisse beifügen)