



Personalfragebogen für Bewerber

Für welche Tätigkeiten bzw. welche Stelle wollen Sie sich bewerben? _____

Vollzeit

Teilzeit

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Schulabschluss			Berufsausbildung	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	<input type="checkbox"/> Hochschulreife	als _____	seit _____
<input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschule	<input type="checkbox"/> ohne		_____	_____

Ab wann möchten Sie arbeiten?	Befinden Sie sich derzeit in einem Arbeitsverhältnis?			
_____	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gekündigt / befristet bis zum _____
	<input type="checkbox"/> unbefristet			<input type="checkbox"/> ungekündigt / unbefristet; Kündigungsfrist _____
Gehen Sie einer weiteren Beschäftigung nach?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →
In welchem Unternehmen? _____			Anzahl der Wochenstunden? → _____	
			als: _____	

Bisherige Berufstätigkeit				
Unternehmen	Bei Zeitarbeitsunternehmen ?:	als	von	bis
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ihre Verdienstvorstellung: _____ € (Netto)
--

Mobilität	
Sind Sie im Besitz eines Führerscheins? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Klasse: _____ seit: _____	
Besitzen Sie ein Kfz zur täglichen Nutzung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Wehr-/Ersatzdienst			
Sind sie wehrpflichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	Haben Sie bereits Wehr- / Ersatzdienst geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Liegt Ihnen ein Einberufungsbescheid vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie einschlägig vorbestraft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Steht die Verbüßung einer Haft- / Freiheitsstrafe bevor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Bereitschaft	
Erlauben Sie Auskünfte bei früheren Arbeitgebern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bereitschaft zur Schichtarbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> 2-Schicht <input type="checkbox"/> 3-Schicht	
Übernachtung (bei Montagetätigkeiten)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bereitschaft zur Wochenendarbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich	

Rückseite beachten!



Sprachkenntnisse (Bitte bewerten Sie Ihre Kenntnisse: 1 = gut 2 = mittel 3 = weniger)												
	verstehen			sprechen			lesen			schreiben		
Deutsch	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Englisch	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Andere: _____	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3

Gesundheit / Vorsorge	
Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen bezüglich der von Ihnen angestrebten Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
Verfügen Sie über Impfungen und / oder Gesundheitsuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche: _____ von wann: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	
<input type="checkbox"/> Eigeninitiative	<input type="checkbox"/> Empfehlung
<input type="checkbox"/> Agentur f. Arbeit _____	<input type="checkbox"/> Stellenanzeige / -ausschreibung in _____
	<input type="checkbox"/> Internet

Freiwillige Angaben zur Einstellung

Geburtsdatum	Geschlecht	Geburtsname	Religionszugehörigkeit
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Kinder	Steuerklasse
		unter 6 Jahren? _____ unter 18 Jahren? _____	
Nur bei nicht EU-Bürgern ausfüllen!!!		Aufenthaltsgenehmigung bis	Arbeitserlaubnis bis

Behinderung	
Liegt eine Schwerbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad der Behinderung _____% seit _____ <input type="checkbox"/> Schwerbehinderten gleichgestellt <input type="checkbox"/> Feststellungsantrag wurde am _____ gestellt.

Krankenkasse	Sozialversicherung
Krankenkasse: _____	SV-Nr.: _____

Bankverbindung	
Bank: _____	Kto-Nr.: _____
BLZ: _____	Ort: _____

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass eine bewusst falsche, oder unvollständige Beantwortung einzelner Fragen zur Auflösung des Arbeitsvertrages berechtigen kann und die vorstehenden Angaben im Falle der Einstellung auch Inhalt des Arbeitsvertrages werden.

Des weiteren bestätige ich Kenntnis davon zu haben, dass meine vorstehenden personenbezogenen Daten gespeichert werden und ich jederzeit das Recht habe, Information über die gespeicherten Daten zu erhalten sowie die Löschung derselben zu beantragen. – Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Kundenunternehmen im Rahmen der Vorstellung bzw. Auswahl zum Einsatz dort, erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis.

Soweit ich im Rahmen der Bewerbung bzw. Einstellung betriebsinterne Informationen – auch über Mitarbeiter, Kunden oder Aufträge – erhalte, verpflichte ich mich hiermit ausdrücklich zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)