

**Personalfragebogen**

**Persönliche Daten**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

Schüler / Student  nein  ja Fachrichtung \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Für ausländische Bewerber**

Pass gültig bis \_\_\_\_\_ Aufenthaltsgenehmigung  nein  ja

Aufenthaltserlaubnis gültig bis \_\_\_\_\_ Arbeitserlaubnis gültig bis \_\_\_\_\_

**Adresse**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Familienstand**

Verheiratet  nein  ja Kinder  nein  ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Geb.-Datum der Kinder \_\_\_\_\_

**Gewünschte Tätigkeit**

Für welche Tätigkeit bewerben Sie sich? \_\_\_\_\_

Frühest möglicher Eintrittstermin \_\_\_\_\_

Schichtbetrieb  nein  ja, 2-Schicht  ja, 3-Schicht  ja, vollkontinuierlich

Andere berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten \_\_\_\_\_

**Ausbildung**

Schulausbildung von - bis \_\_\_\_\_

Hauptschulabschluss  mittlerer Abschluss  Abitur / Fachabitur

**Berufsausbildung**

erlernter Beruf \_\_\_\_\_ Unternehmen \_\_\_\_\_ von - bis \_\_\_\_\_

Sonstige Ausbildung (z.B. IHK-Fachwirt, Umschulung, ...) Institution \_\_\_\_\_ von - bis \_\_\_\_\_

**Bisherige berufliche Tätigkeit**

Arbeitgeber	beschäftigt als	von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erteilen Sie uns die Erlaubnis Referenzen einzuholen?  nein  ja  
War der letzte Arbeitgeber ein Unternehmen für Zeitpersonal?  nein  ja

Namen der Einsatzfirmen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges**

Führerschein Klasse \_\_\_\_\_ Fahrzeug  nein  ja  
Beziehen Sie Rente?  nein  ja von wem? \_\_\_\_\_  
Liegen Lohnpfändungen vor?  nein  ja  
Liegen Vorstrafen vor?  nein  ja welche? \_\_\_\_\_  
Üben Sie eine nebenberufliche Tätigkeit aus? \_\_\_\_\_

**Schutzvorschriften**

Muss bei einer Beschäftigung Rücksicht auf Behinderung genommen werden?  
 nein  ja welche? \_\_\_\_\_ Grad der Behinderung \_\_\_\_\_  
Liegen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen vor?  
 nein  ja welche? \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen.  
Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zur Lösung des Arbeitsverhältnisses führen können.  
Ich bin einverstanden, dass meine Personaldaten in einem EDV-System gespeichert und verarbeitet werden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_