

Bewerbungsbogen

IAA (Institut für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit)

Zur sorgfältigen Planung Ihres Einsatzes ist es notwendig, Sie kennenzulernen. Die Grundlage dafür sind ihr beruflicher Werdegang und Ihre persönlichen Daten. Bitte geben Sie uns diese Angaben vollständig und leserlich.

Zutreffende Felder bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.

Meine Bewerbung ist zurückzuführen auf:	<input type="checkbox"/> Annonce in Zeitung <input type="checkbox"/> Plakataushang <input type="checkbox"/> Arbeitsamt <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Allgem. Arbeitssuche
Bewerbung um Einstellung als:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Aushilfe
Gewünschtes Aufgabengebiet:	
Ist das jetzige Arbeitsverhältnis gekündigt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von wem?
Kündigungsgrund:	
Kündigungsfrist beim jetzigen Arbeitsgeber und frühester Eintrittstermin:	
Jetziger bzw. letzter Bruttoverdienst (monatlich)	Euro
Gewünschter Bruttoverdienst (monatlich)	Euro

Personalien (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
Geburtsname:						
Anschrift:						
Telefon						
Fax:						
e-mail:						
Geburtsdatum und -ort:						
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige:					
Familienstand:	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. Leb.					
Eigene Wohnung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
Ehemann / Ehefrau (Name, Geb.-Datum, Beruf)						
Wie viele unterhaltspflichtige Kinder haben Sie?	Anzahl:					
Geboren am:	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. Kind
Bei Minderjährigen Name und Beruf der Eltern bzw. des Vormundes						

Bewerbungsbogen

IAA (Institut für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit)

Haben Sie Wehr-, Pflicht- oder Ersatzdienst geleistet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
Wird die Einberufung erwartet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
Wurden Sie ausgemustert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Welcher Krankenkasse gehören Sie an?	Name: _____ Meine Sozialversicherungs-Nr. _____
Liegt eine Krankheit bzw. Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in zeitweise wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist? Art der Krankheit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Sind Sie schwerbehindert nach § 2 SchwbG oder gleichgestellt? Wenn Ja, Art und Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja mit%
Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter oder Gleichgestellter gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Liegen die Voraussetzungen des Mutterschutzgesetzes (Schwangerschaft) vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie Inhaber eines Bergmannsversorgungsscheines?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie gegenwärtig ein Heilverfahren beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Rentenart: _____ Seit: _____
Sind Sie pensionierte/r Beamtin/Beamter?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Liegen bzw. laufen gegen Sie Pfändungen/Abtretungen vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie sonstige Schuldverpflichtungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Üben Sie eine selbständige Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Üben Sie eine bezahlte Beschäftigung aus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bei Firma: _____ Ort: _____
Referenzen Es kann angefragt werden bei	1. _____
	2. _____