



# BEWERBUNGSBOGEN



|   |                               |   |                               |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Datum   |                               | Bewerbung für Position:                                   |                               |
| Ort   |                               | Blindbewerbung  |                               |
| Lohn- / Gehalt brutto/Monat EUR:  |                               | Eintritt möglich ab:                                      |                               |
| <b>persönliche Angaben</b>  |                               |   |                               |
| Titel   |                               |   |                               |
| Vorname   |                               |   |                               |
| Familiename   |                               |   |                               |
| Geburtsname   |                               |   |                               |
| Geburtsdatum  |                               |   |                               |
| Strasse   |                               |   |                               |
| PLZ, Ort  |                               |   |                               |
| Telefon Festnetz  |                               |   |                               |
| Telefon Mobil   |                               |   |                               |
| email   |                               |   |                               |
| Staatsbürgerschaft  |                               |   |                               |
| Familienstand   | Wählen Sie ein Element aus.   |   |                               |
| Kinder  | Wählen Sie ein Element aus.   |   |                               |
| <b>Gesundheit und Leumund</b>   |                               |   |                               |
| <b>Haben Sie körperliche Einschränkungen, Behinderungen oder chronische Leiden die für die angestrebte Position von Belang ist?</b> |                               |   |                               |
| <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja   | Wenn Ja, welche:  |                               |
| <b>Umstände, welche die Arbeitsleistung einschränken könnten? (Erwerbskrankheiten, Operationen etc.)</b>                            |                               |   |                               |
| <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja   | Wenn Ja, welche:  |                               |
| <b>Invalideneinstellungsschein</b>  |                               | <b>Gleichstellungsschein</b>                              |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Militär-/Zivildienst abgeleistet</b>   |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                               |
| Wenn nein, warum:   |                               |   |                               |
| <b>Ist mit einer Einberufung zu rechnen</b>   |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                               |
| wenn ja, wann:  |                               |   |                               |
| <b>Vorstrafen</b>   |                               |   |                               |
| <b>schwebendes Verfahren</b>  |                               |   |                               |
| <b>Abtretung Verpfändung</b>  |                               |   |                               |
| <b>Pflichtverpflichtungen</b>   |                               |   |                               |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Hobbies**

**derzeit beschäftigt als:** \_\_\_\_\_ **gekündigt:**  Ja  Nein

| Nur für Personen die keine Staatsbürger eines EWR-Mitgliedstaates sind: |                             |                               |                    |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| <b>Beschäftigungsbewilligung:</b>                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <b>gültig bis:</b> |
| <b>Arbeitserlaubnis:</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <b>gültig bis:</b> |
| <b>Befreiungsschein:</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <b>gültig bis:</b> |
| <b>Aufenthaltsgenehmigung:</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <b>gültig bis:</b> |

Ich bestätige die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben ausschließlich für die Belange der Personalverwaltung und –Statistik entsprechend den gesetzlichen und kollektivvertraglichen Bestimmungen sowie allfälligen Betriebsvereinbarungen verwendet werden. Übermittlungen von Daten an Dritte erfolgen zulässigerweise nur aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, zur Abwicklung der Personalverrechnung oder mit besonderer Zustimmung des Arbeitnehmers an von ihm bezeichnete Empfänger.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum