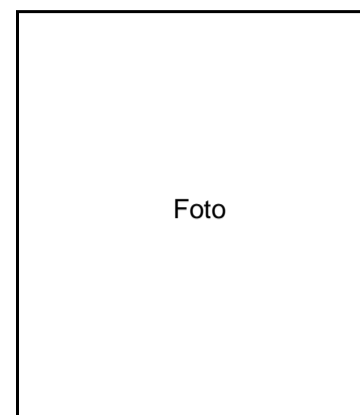




# Bewerbungsformular (Bitte in Blockschrift ausfüllen.)



Gewünschte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

100 % im Monatslohn       Teilzeit im Monatslohn \_\_\_\_\_ %

Aushilfe im Stundenlohn, Anzahl Std. pro Monat \_\_\_\_\_

## Personalien

|               |       |                      |       |
|---------------|-------|----------------------|-------|
| Name:         | _____ | Vorname:             | _____ |
| Strasse:      | _____ | PLZ/Wohnort:         | _____ |
| Tel. Privat:  | _____ | Tel. Geschäft:       | _____ |
| Handy-Nr.:    | _____ | E-Mail:              | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | Heimatort:           | _____ |
| Zivilstand:   | _____ | Führerausweise Kat.: | _____ |

| Familie       | Name  | Geburtsdatum | In Ausbildung               |                               |
|---------------|-------|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ehepartner/in | _____ | _____        |                             |                               |
| Kinder        | _____ | _____        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kinder        | _____ | _____        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kinder        | _____ | _____        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

## Schulbildung

| Besuchte Schulen       | Ort   | Dauer | Bestandene Prüfung |
|------------------------|-------|-------|--------------------|
| Primarschule           | _____ | _____ | _____              |
| Real-/Sekundarschule   | _____ | _____ | _____              |
| Mittelschule/Gymnasium | _____ | _____ | _____              |
| andere Schulen         | _____ | _____ | _____              |

## Berufliche Ausbildung

Lehre als: \_\_\_\_\_

Lehrfirma: \_\_\_\_\_

Branche: \_\_\_\_\_

Lehrzeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_

**Berufliche Weiterbildung**

**Kurse / Schulen**

**Bestandene Prüfung als**

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Bisherige Tätigkeiten**

**Arbeitgeber/in**

**Tätigkeit/Funktion**

**von**

**bis**

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

**Sprachkenntnisse**

**Muttersprache**

**schriftlich**

**mündlich**

|               |                          |  |  |
|---------------|--------------------------|--|--|
| Deutsch       | <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> |
| Französisch   | <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> |
| Italienisch   | <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> |
| Englisch      | <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> |
| Weitere _____ |                          | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse <input type="checkbox"/> |

**Computer-Kenntnisse**

**Programme**

**sehr gut**

**gut**

**Kenntnisse**

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

**Gesundheit**

Sehvermögen: normal  nicht normal  Warum: \_\_\_\_\_

Farbsehvermögen normal  eingeschränkt  Warum: \_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Krankheiten als Erwachsener: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie körperliche Gebrechen? Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie selber Ihre Chance ein, die gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsprüfung zu bestehen:

sehr gut  gut  etwas unsicher  sehr unsicher

Bitte geben Sie hier noch Ihre Körpergrösse \_\_\_\_\_ und Körpergewicht \_\_\_\_\_ an.  
Über- oder Untergewicht können das Bestehen der gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheitsprüfung gefährden.

**Militär/Zivilschutz**

Einteilung: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_

Art, Zeit und Dauer der nächsten Diensterteilung: \_\_\_\_\_

Wenn nicht dienstpflchtig, warum? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Situation**

Tätig als: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Gekündigt per: \_\_\_\_\_ Kündigungsfrist: \_\_\_\_\_ Früheste Eintrittsmöglichkeit: \_\_\_\_\_

Grund des Stellenwechsels: \_\_\_\_\_

Haben Sie uns schon eine Offerte eingereicht? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Sind Verwandte/Bekannte von Ihnen bei uns in Stellung? \_\_\_\_\_

Wenn ja: Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Gehaltsanspruch (netto) : \_\_\_\_\_

**Referenzen**

| Name  | Firma | Stellung in der Firma | Telefon Nr. |
|-------|-------|-----------------------|-------------|
| _____ | _____ | _____                 | _____       |
| _____ | _____ | _____                 | _____       |
| _____ | _____ | _____                 | _____       |
| _____ | _____ | _____                 | _____       |
| _____ | _____ | _____                 | _____       |

Dürfen wir uns bei Ihrem jetzigen/letzten Arbeitgeber erkundigen? \_\_\_\_\_

**Hobbies**

---

---

---

**Bemerkungen**

---

---

---

---

---

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Beilagen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_