

Bewerbungsbogen

Lichtbild

Familien- und Vorname

Bewerbung am

als

Sehr geehrte Dame!

Sehr geehrter Herr!

Wir danken Ihnen für Ihre Bewerbung und das Interesse, das Sie unserem Unternehmen entgegenbringen. Ziel unseres Kontaktes ist ein erstes Kennenlernen Ihrer Person.

Ihre Daten werden natürlich streng vertraulich behandelt.

Ihre persönlichen Daten

Familienname	Vorname
akad. Titel	Sozialvers. Nr.
Geburtsdatum	Geburtsort
Konfession*	Staatsangehörigkeit
Telefon / Handy	E-mail

1. Wohnadresse:

Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer
--------------------	---------------------

2. Wohnadresse:

Postleitzahl / Ort	Straße / Hausnummer
--------------------	---------------------

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet Lebensgemeinschaft
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

* Bitte nur bei Inanspruchnahme erweiterter kirchlicher Feiertage angeben

Angehörige

Ehegatte/Ehegattin:

Name	Geburtsdatum	Beruf
------	--------------	-------

Kinder:

Name	Geburtsdatum	Beruf
------	--------------	-------

Name	Geburtsdatum	Beruf
------	--------------	-------

Name	Geburtsdatum	Beruf
------	--------------	-------

Im Notfall zu verständigen:

Name	Tel. Nr.
------	----------

Sonstiges

Führerschein / Klasse

Präsenz- / Zivildienst abgeleistet: nein ja _____ freigestellt
von - bis

Chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen: nein ja _____

Erwerbsminderung: nein ja _____ %

Für nicht EU-Bürger:

Beschäftigungsbewilligung / Arbeitserlaubnis / Befreiungsschein / Meldung am Arbeitsamt

Führen Sie nebenberufliche Tätigkeiten und Funktionen aus?

nein ja _____
Zeitliches Ausmaß

Ihre Berufslaufbahn

(in chronologischer Reihenfolge)

Firma / Branche	Tätigkeit	von - bis	Austrittsgrund
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

derzeitiges Dienstverhältnis: gekündigt ungekündigt

Dienstantritt möglich am: _____

Weshalb streben Sie einen Job-Wechsel an? _____

Bruttoeinkommen:

derzeit

gewünscht

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erteilen die ausdrückliche Zustimmung zur Übermittlung Ihrer persönlichen Daten innerhalb der RHI AG / Veitsch-Radex GmbH & Co gemäß § 18 Abs. 1 Datenschutzgesetz.

Ort / Datum

Unterschrift des Bewerbers

Von Personalabteilung auszufüllen!

Personalnummer

Abteilung

Tätigkeitsbezeichnung

Bankverbindung

Neubedarf Ersatz für

BLZ

Konto-Nr.

Eintrittsdatum

Befristung

Eintrittsgehalt EUR / All-in-Basis bzw. Lohn

Verwendungsgruppe / -jahre bzw. Lohngruppe

Teilzeit / Stunde

Sonstiges

Unterschrift Personalabteilung

Unterlagen zur Anlage des Personalaktes:

Ausgefüllter Personalfragebogen

Geburtsurkunde

Staatsbürgerschaftsnachweis

Meldezettel

Heiratsurkunde

Geburtsurkunden der Kinder

Sämtliche Schulzeugnisse

Etwaige Bestätigungen zu absolvierten Kursen

E-Card

Bankverbindung - Kontokarte

FRAGEBOGEN ZUR EINSTELLUNG

NAME: _____ Geb.Datum: _____

Meinen Gesundheitszustand halte ich für	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht
Ich gehe regelmässig zum Arzt	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich gehe regelmässig zum Zahnarzt	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich nehme einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich leide an Allergien	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich leide an Asthma	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich leide an Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich leide an Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin wegen gesundheitlicher Probleme in folgenden Bereichen in ärztlicher Behandlung:			
♦ Magen- und Darmtrakt	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Bewegungs- und Stützapparat	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Atemwege	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Andere, nämlich	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich betreibe regelmässig Sport	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich leide in der letzten Zeit an	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Kopfweg			
♦ Herzklopfen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Schweißausbrüche (kalter Schweiß)	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
♦ Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich halte mich für leistungsfähig	<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> wenig
Ich ernähre mich richtig	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
esse mehr Fisch wie Fleisch	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
esse regelmässig Gemüse / Obst	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich rauche regelmässig	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Wieviele Zigaretten ?	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> > 20
Ich trinke regelmässig Alkohol	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Wie oft ?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4xWo	<input type="checkbox"/> 1xWoche
Geht es Ihnen am Abend besser als am Morgen?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Sprechen Sie mit Freunden über Ihre Probleme ?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich war schon öfters im Krankenstand?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Bei Aktionen im Betrieb zum Thema Gesundheit mache ich gerne mit	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
Ich möchte bei einem Gesundheitszirkel teilnehmen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> weiss nicht

Datum

Unterschrift