

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Vorname:			
Nachname / Geburtsname:			
Geburtsdatum / Geburtsort / -land:			
Staatsangehörigkeit:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Festnetznummer / Handynummer:			
E-Mailadresse:			

Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe ____ Kind(er).		<input type="checkbox"/> Nein, ich habe keine Kinder.
Religion:			
Schulbildung:	<input type="checkbox"/> keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	
	<input type="checkbox"/> mittlerer Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	
	<input type="checkbox"/> allgemeinen Hochschulreife	<input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss	
Ausbildung / Studium:			
Arbeitserlaubnis:	<input type="checkbox"/> unbefristet		<input type="checkbox"/> befristet
Aufenthaltserlaubnis:	<input type="checkbox"/> unbefristet		<input type="checkbox"/> befristet

Berufstätigkeit:			
von	bis	Firma, Ort	Tätigkeitsbeschreibung

Letztes Bruttomonatseinkommen in €:		
Üben Sie eine nebenberufliche Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in einem Konkurrenzbetrieb gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in Besitz einer Fahrerlaubnis? (wenn "Ja" bitte Führerscheinklassen angeben)	<input type="checkbox"/> Ja, Klasse(n) _____	<input type="checkbox"/> Nein
Besitzen Sie eine gültige Fahrerkarte ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie körperlich und geistig in der Lage, dass Sie die vorhesehe Tätigkeit, in vollem Umfang und über einen längeren Zeitraum (acht Stunden Schicht) zu erfüllen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegen Krankheiten vor, die für die beabsichtigte Tätigkeit von Bedeutung sein könnten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegen ansteckende Krankheiten vor, die Mitarbeiter oder Kunden gefährden können?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist in absehbarer Zeit mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen? (geplante OP, bestehende Erkrankungen, bewilligte Kur, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie vorbestraft, bzw. liegt aktuell gegen Sie ein Haftbefehl vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie der deutschen Sprache und Schrift mächtig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.	
Ort, Datum:	Unterschrift:

Interne Vermerke (wird vom Arbeitgeber ausgefüllt):	
Probearbeitstag:	
Arbeitsbeginn:	
Abteilung:	
Personalnummer:	