

Bewerberfragebogen

	<p>Bavarian TrailerWorX GmbH Robert-Bosch-Straße 10b D 93055 Regensburg</p> <p>Telefon: +49 941 788355-0 Fax: +49 941 788355-19 E-Mail: personal@bavarian-trailerworx.de Internet: www.bavarian-trailerworx.de</p>
--	--

Bewerbung als	<input type="text"/>
In <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Normalschicht <input type="checkbox"/> 2 Schicht

■ Angaben zur Person				
Herr	Frau	Titel	Nachname	Vorname
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboren am		<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand		<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Straße		<input type="text"/>		
PLZ		<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer		<input type="text"/>	Mobilfunknummer	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse		<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

Bavarian TrailerWorX

■ Fragen zu Ihrer Bewerbung				
Sind Sie in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn nein: Wann ist Ihr letzter Tag?	<input type="text"/>
Wann können Sie frühestens bei uns anfangen?			<input type="text"/>	
Was ist der Grund für Ihren Arbeitsplatzwechsel			<input type="text"/>	
Lohnerwartungen (brutto) in €:			<input type="text"/>	

■ Bildung				
Schulische Bildung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Keine			
Berufliche Bildung	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung als	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Promotion			
	<input type="checkbox"/> Weitere Abschlüsse	<input type="text"/>		
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Klasse:	<input type="text"/>

Bavarian TrailerWorX

■ Beruflicher Werdegang			
Bisherige Stellen			
Firma	Tätigkeit / Berufsbezeichnung	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haben Sie derzeit eine Nebenbeschäftigung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welcher Firma und welche Tätigkeit?		<input type="text"/>	
Falls ja: mit wie viel Stunden pro Woche / Monat		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Waren Sie schon einmal in einem Konkurrenzbetrieb tätig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: In welcher Firma und welche Tätigkeit?		<input type="text"/>	

Bavarian TrailerWorX

■ Gesundheitliche Fragen			
Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Antrag auf Anerkennung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Art und Grad der Behinderung?	<input type="text"/>	%	
Ist Ihre Berufs- oder Erwerbsfähigkeit gemindert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> wie viel %? seit wann?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> welche?	<input type="text"/>		
Leiden Sie an chronischen Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> welche?	<input type="text"/>		
Ist eine Kur beantragt oder bewilligt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> In welchem Zeitraum	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> Rentenbeginn zu welchem Zeitpunkt	<input type="text"/>		
Beziehen Sie Rente oder Pension?	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> keines von beiden

■ Bewerber aus Drittstaat (Wohnsitz außerhalb der EU)			
Seit wann befinden Sie sich in der Bundesrepublik Deutschland?	<input type="text"/>		
Aufenthaltserteilung erteilt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> durch / bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitserlaubnis erteilt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<i>Falls ja</i> durch / bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	