

Standort: **Oberstaufen** **Rostock** **Argen**

Name, Vorname: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefonnr.: _____ Mobilnr.: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Höchster Schulabschluss/Schule: _____

Gewünschter Ausbildungsberuf: _____

Beruf der Eltern ggf. Geschwister: _____

Freizeitaktivitäten: _____

Führerscheinklasse(n): _____ Eigenes Fahrzeug: Ja Nein



Allgemeine Fragen

Liegt eine Krankheit bzw. eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vor, durch die die Eignung für

Ja

Nein

die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist?

Nehmen Sie Medikamente ein, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist? (Nebenwirkungen, Verhalten bei Arbeitsunfällen, Info für Ersthelfer)

Ja

Nein

Liegen Ansteckende Krankheiten (z.B. Aids) vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, jedoch die zukünftigen Kollegen oder Kunden gefährden könnten?

Ja

Nein

Ist zum Zeitpunkt des Dienstantritts bzw. in absehbarer Zeit mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen, z.B. durch eine geplante Operation, eine bewilligte Kur oder auch durch eine zurzeit bestehende akute Krankheit?

Ja

Nein

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? _____

Vorstehende Angaben sind vollständig und der Wahrheit entsprechend.

Ort, Datum _____

Unterschrift Bewerber _____

