



BEWERBUNGSFORMULAR

Bewerbung als:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Familienstand: _____ Religionsangehörigkeit: _____

Autoführerschein? ja / nein

Krankschein? ja / nein

LKW-Führerschein? ja / nein

Schweißerschein? ja / nein

Staplerschein? ja / nein

Sonstige Scheine: _____

Fortbildungen im Recyclingbereich? ja / nein, wenn ja, welche: _____

Welche Tätigkeit haben Sie bisher ausgeübt? _____

Haben Sie eine Berufsausbildung? _____

Oder ein Studium? _____

Sonstige Fähigkeiten? _____

Letzte Arbeitsstellen:

1. von _____ bis _____ bei der Firma: _____

2. von _____ bis _____ bei der Firma: _____

3. von _____ bis _____ bei der Firma: _____

4. von _____ bis _____ bei der Firma: _____

Suchen Sie eine dauerhafte oder kurzfristige Beschäftigung?

dauerhafte / kurzfristige

Welche Arbeitszeiten wünschen Sie?

40 Stunden Woche / mehr als 40 Stunden Woche / weniger

Kommt Samstagsarbeit (bis maximal 12 Uhr) in Frage?

ja / nein

Nur für Demontagemitarbeiter und LKW-Fahrer: Wären Sie bereit auch auswärts zu übernachten? (Übernachungskosten und Spesen werden separat vergütet)

Sprachkenntnis:

| | | Keine Kenntnis | Grobe Kenntnis | Gute Kenntnis | Fließend |
|------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Deutsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Englisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheit:

chronische Erkrankungen/ Behinderungen/ Einschränkungen:

Waren Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung? ____ Dauer der Krankheit _____

Schwerbehinderte(r) oder Gleichgestellte(r)? ja / nein; falls ja: _____ % amtlich anerkannt

Sonstige Umstände, die die Arbeitsleistung beeinträchtigen können? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja / nein

Sind Sie vorbestraft oder schwebt gegen Sie ein Ermittlungsverfahren wegen eines im Hinblick auf die Ausübung der vorgesehenen Tätigkeit erheblichen Deliktes?

ja / nein, nämlich wegen _____

Folgende Unterlagen liegen vor: bitte ankreuzen

Steuerkarte

Krankenversicherungskarte

Sozialversicherungsausweis

Zeugnisabschriften

Führerschein

Ort, Datum:

Unterschrift:
