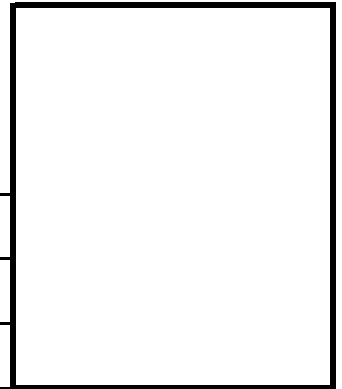


# STELLENBEWERBUNG

Die Beantwortung aller Fragen ist Voraussetzung für Ihre Einstellung als Wachorgan bei TIROL SECURITY.  
Bitte füllen Sie den Fragebogen handschriftlich aus.  
Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.



|    |   |   |                   |                     |
|----|---|---|-------------------|---------------------|
| 1  | Familienname  | (Bitte in Blockschrift)   |                   |                     |
| 2  | Vornamen  | Rufname   | sonstige Vornamen |                     |
| 3  | Staatsbürgerschaft  |   |                   |                     |
| 4  | Geburtsdaten  | Datum   | Ort               | Land                |
| 5  | Religion  |   |                   |                     |
| 6  | Sozialversicherungs.-Nr.  | . . . . / . . . . .   |                   |                     |
| 7  | Wohnanschrift   | Postleitzahl  | Ort               |                     |
|    |   | Strasse und Hausnummer  |                   |                     |
| 8  | Art der Wohnung   | <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Dienstwohnung <input type="checkbox"/> Hauptmieter<br><input type="checkbox"/> Untermieter: |                   |                     |
|    |   | Können Sie bei Ihrer Wohnung bei Tag ungestört schlafen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                   |                     |
| 9  | Telefonisch erreichbar  | (Tel.-Nr.) <input type="checkbox"/> Eigenanschluß <input type="checkbox"/> Fremdanschluß (Nachbar, etc.)<br>lautend auf:  |                   |                     |
| 10 | Familienstand   | <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit:  |                   |                     |
| 11 | Gattin <input type="checkbox"/>                                 | Vorname   |                   | Geburtsname         |
|    | Lebensgefährtin <input type="checkbox"/>                        | geboren am  | Ort und Land      | Beruf               |
| 12 | Kinder und Angehörige,<br>die im gemeinsamen<br>Haushalt wohnen | Verwandschaftsgrad  | Name              | Geburtsdaten u. Ort |
|    |   |   |                   |                     |
|    |   |   |                   |                     |
|    |   |   |                   |                     |
| 13 | Sonstige,<br>unterhaltspflichtige<br>Personen                   |   |                   |                     |
|    |   |   |                   |                     |
|    |   |   |                   |                     |
| 14 | Bankverbindung  | Bank  |                   |                     |
|    |   | Konto-Nummer  | Bankleitzahl      |                     |
| 15 | Eltern:    Vater  | Vorname   |                   | Geburtsdaten        |
|    |   | Beruf   | Wohnanschrift     |                     |
|    |   | Vorname   |                   | Geburtsdaten        |
|    | Mutter  |   |                   |                     |

|    |   |   |                                |  |
|----|---|---|--------------------------------|--|
| 16 | Präsenzdienst   | Einheit                                     | Zeitraum                       | Charge   |
|    |   | <input type="checkbox"/> geleistet          |                                |  |
|    |   | <input type="checkbox"/> zurückgestellt bis |                                |  |
|    |   | <input type="checkbox"/> untauglich, weil   |                                |  |
| 17 | Wehrersatzdienste   | <input type="checkbox"/> geleistet          | bei                            | Zeitraum als   |
| 18 | Waffenpass  | <input type="checkbox"/> Ja                 | Ausstellungsbehörde            | Nummer Datum   |
|    |   | <input type="checkbox"/> Nein               |                                |  |
| 19 | Führerschein  | <input type="checkbox"/> Ja                 | Gruppe:                        | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G |
|    |   | <input type="checkbox"/> Nein               |                                |  |
| 20 | Fahrzeugbesitz  | <input type="checkbox"/> Ja                 | <input type="checkbox"/> Moped | <input type="checkbox"/> Motorrad  |
|    |   | <input type="checkbox"/> Nein               | <input type="checkbox"/> Mofa  | <input type="checkbox"/> PKW   |
|    |   |   | Type:                          | amtl. Kennzeichen:   |
| 21 | Angaben über die Schulbildung   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
| 22 | Erlerner Beruf  |   |                                |  |
|    | Beschäftigungen während der letzten 10 Jahren   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
|    |   |   |                                |  |
| X  | kreuzen Sie bitte jene Arbeitgeber an, bei denen wir Referenzen über Sie einholen können! |   |                                |  |
| 23 | Wurde Ihr letztes Arbeitsverhältnis ordnungsgemäß gelöst?                                 | <input type="checkbox"/> Ja                 |                                |  |
|    |   | <input type="checkbox"/> Nein               |                                |  |
| 24 | Ab welchem Datum könnten Sie in unsere Dienste treten?                                    |   |                                |  |

|    |   |                                   |                               |            |
|----|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| 25 | Haben Sie eine Nebenbeschäftigung?                            | Welche?                           |                               |            |
| 26 | Haben Sie Irgendwelche Nebeneinkünfte?                        | <input type="checkbox"/> Rente    | Höhe monatlich                | Euro       |
|    |   | <input type="checkbox"/> Pension  |                               | Euro       |
|    |   | <input type="checkbox"/> sonstige |                               | Euro       |
| 27 | Haben Sie Alimente oder sonstige Unterhaltskosten zu leisten? | <input type="checkbox"/> Ja       | Höhe monatlich                | Euro       |
|    |   | <input type="checkbox"/> Nein     |                               |            |
| 28 | Haben Sie grössere Schulden?                                  | <input type="checkbox"/> Ja       | <input type="checkbox"/> Nein | Schuldhöhe |
|    | Lohnpfändungen?   | <input type="checkbox"/> Ja       | <input type="checkbox"/> Nein | Euro       |
|    |   | an wen?                           |                               |            |

29 Angaben über die Gesundheit

|   |                          |                          |   |                                       |                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|
|   |                          | Ja                       | Nein  | und zwar:                             |                       |
| Haben Sie einen Gesundheitsfehler?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| ein Gebrechen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| eine ansteckende Krankheit?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| ein organisches (Herz, Lunge) Leiden?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Leiden Sie an rheumatischen Beschwerden?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| an Kreislaufschäden, Krämpfen?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| an Epilelale?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| an Senkfuß oder Krampfadern?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Tragen Sie ständig Augengläser?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> kurzsichtig        | <input type="checkbox"/> weitsichtig  | Dioptrienanzahl ..... |
| Sind Sie nacht- oder farblblind?                                |                          |                          | <input type="checkbox"/> nachtblind         | <input type="checkbox"/> farblblind   |                       |
| Sind Sie hörbehindert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Verfügen Sie über einen guten Geruchsinn?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Neigen Sie zu starkem zeitweiligen oder dauernden Alkoholgenuß? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Sind Sie von Suchtgift, Drogen oder Medikamenten abhängig?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                       |                       |
| Waren Sie schon Patient einer Heilanstalt?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trinkerheilanstalt | <input type="checkbox"/> Nervenklinik |                       |
| Wenn ja, wann und wie lange?                                    |                          |                          | <input type="checkbox"/> Lungenheilanstalt  |                                       |                       |

|                       |    |         |    |            |
|-----------------------|----|---------|----|------------|
| Körpergrösse          | cm | Gewicht | kg | Augenfarbe |
| Besondere Kennzeichen |    |         |    |            |

30 Angaben über den Leumund

|   |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|--|---|
| Sind Sie gerichtlich vorbestraft?   | Ja                                    | Nein   |   |
| Art der Strafe  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     |   |
| Welches Vergehen wurde Ihnen angelastet?                                      | <input type="checkbox"/> Geldstrafe   | <input type="checkbox"/> Strafe m. Bewährung |   |
|   | <input type="checkbox"/> getilgt      | <input type="checkbox"/> ungetilgt           |   |
| Schwebt gegen Sie ein gerichtl. Verfahren?                                    | Ja                                    | Nein   | Wenn ja, welche?                                  |
|   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     |   |
| Wurden Sie wegen einer unredlichen Handlung aus einem Dienstposten entlassen? |                                       |  | Ja    Nein  |
|   |                                       |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, aus welchem Grund?   | <input type="checkbox"/> Diebstahl    | <input type="checkbox"/> Erpressung          |   |
|   | <input type="checkbox"/> Veruntreuung | <input type="checkbox"/> Sonstiges           |   |
|   | <input type="checkbox"/> Betrug       |  |   |

