**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 |       |
| 2 | Vornamen |       |
| 3 | Staatsbürgerschaft |       |
| 4 | Geburtsdaten | Datum:       Ort:       Land:       |
| 5 | Religion |       |
| 6 | Sozialversicherungs.-Nr. |       |
| 7 | Wohnanschrift | PLZ:      Ort:      Straße Hausnummer:       |
| 8 | Art der Wohnung | Eigentumswohnung:[ ]  Eigenheim: [ ]  Dienstwohnung:[ ]  Hauptmieter: [ ]  Untermieter: [ ] Können Sie in Ihrer Wohnung bei Tag ungestört schlafen?Ja: [ ]  Nein: [ ]  |
| 9 | Erreichbarkeit | Tel.Nr.:     E-Mail:      \*bei handschriftlichem Eintrag auf die Lesbarkeit achten! |
| 10 | Familienstand | Ledig:[ ]  verheiratet: [ ]  verwitwet: [ ]  geschieden seit:       |
| 11 | Gattin [ ] Lebensgefährtin [ ]  | Vorname:      Geburtsname:      Geboren am:      Ort und Land:      Beruf:       |
| 12 | Kinder und Angehörige, die im gemeinsamen Haushalt wohnen | Verwandtschaftsgrad | Name | Geburtsdaten u. Ort |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| 13 | Sonstige, unterhaltspflichtige Personen |       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| 14 | Bankverbindung | Bank:      IBAN:      BIC:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 15 | Eltern | Vater | Vorname:      Geburtsdaten:      Beruf:      Wohnanschrift:       |
| Mutter | Vorname:      Geburtsdaten:       |
| 16 | Präsenzdienst | Einheit:      Zeitraum:      Charge:       |
| geleistet [ ] zurückgestellt       bis      untauglich       weil       |
|  |  |  |
| 17 | Wehrersatzdienste | [ ]  geleistet bei      Zeitraum       als       |
| 18 | Waffenpass | [ ]  Ja [ ]  Nein Ausstellungsbehörde:      Nummer:       Datum:       |
| 19 | Führerschein | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| A [ ]  B[ ]  C[ ]  D[ ]  E[ ]  F[ ]  G[ ]  |
| 20 | Fahrzeugbesitz | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Moped [ ]  Mofa [ ]  PKW [ ] Type      Amtl. Kennzeichen       |
| 21 | Angaben über die Schulbildung |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Erlernter Beruf |       |
|  | Beschäftigung in den letzten 10 Jahren |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [ ]  |       |       |
| [x]  | Kreuzen Sie bitte jene Arbeitgeber an, bei denen wir Referenzen einholen können |
| 23 | Wurde Ihr letztes Arbeitsverhältnis ordnungsgemäß gelöst? Ja [ ]  Nein [ ]  |
| 24 | Ab welchem Datum könnten Sie in unsere Dienste treten?       |
| 25 | Haben Sie eine Nebenbeschäftigung? | Welche      |
| 26 | Haben Sie Nebeneinkünfte? | [ ]  Rente[ ]  Pension[ ]  sonstige | Höhe monatlich €       €       €       |
| 27 | Haben Sie Alimente oder sonstige Unterhaltskosten zu leisten? | [ ]  Ja[ ]  Nein | Höhe monatlich €       |
| 28 | Haben Sie größere Schulden?Lohnpfändungen? | [ ]  Ja [ ]  Nein[ ]  Ja [ ]  Nein | Schuldenhöhe €      An wen?       |
| 29 | Angaben zur Gesundheit |
|  | Haben Sie einen Gesundheitsfehler?ein Gebrechen?eine Ansteckende Krankheit?ein organisches (Herz, Lungen) leiden?Leiden Sie an rheumatischen Beschwerden?an Kreislaufschäden, Krämpfe?an Epileale?an Senkfuß oder Krampfadern?Tragen Sie ständig Augengläser?Sind Sie nacht- oder farbenblind?Sind Sie hörbehindert?Verfügen Sie über einen guten Geruchsinn?Neigen Sie zu starkem zeitweiligen oder dauernden Alkoholgenuss?Sind Sie von Suchtgift, Drogen oder Medikamenten Abhängig?Waren Sie schon Patient einer Heilanstalt?Wenn ja, wann und wie lange? | Ja[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  | Nein[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  | und zwar:     [ ]  kurzsichtig [ ]  weitsichtig[ ]  nachtblind [ ] farbenblind[ ]  Trinkeranstalt [ ]  Nervenklinik[ ]  Lungenheilanstalt |
|  | Körpergröße:       cm | Gewicht:       kg | Augenfarbe:       |
|  | Besondere Kennzeichen:      |
| 30 | Angaben über den Leumund |
|  | Sind Sie gerichtlich vorbestraft?Art der Strafe: Welches Vergehen wurde Ihnen angelastet?Schwebt geben Sie ein gerichtl. Verfahren?Wurden Sie wegen einer unredlichen Handlung aus einem Dienstposten entlassen?Wenn ja, aus welchem Grund? | Ja: [ ]  Nein: [ ]      Geldstrafe: [ ]  Strafe mit Bewährung [ ] getilgt: [ ]  ungetilgt: [ ] Ja: [ ]  Nein: [ ]  Wenn ja, welche?      Ja: [ ]  Nein: [ ] Diebstahl: [ ]  Veruntreuung: [ ] Erpressung: [ ] Betrug: [ ] Sonstiges: [ ]  |
| 31 | Lebenslauf |  |
|  |   |
| 32 | Rechtsverbindliche Erklärung |
|  | Unbescholtenheit: Zu Verlässlichkeit: Leumundszeugnis: Dienstverhältnis: | Ich erkläre rechtsverbindlich, dass ich unbescholten bin und dassderzeit weder ein strafrechtliches Verfahren, noch ein Verwaltungsverfahren gegen mich anhängig ist.Ich erkläre weder von Alkohol noch von Suchtgiften abhängig zusein und dass meine Leistungsfähigkeit nicht durch Drogen- oderMedikamentenmissbrauch beeinträchtig ist.Ich verpflichte mich, sofort um ein polizeiliches Führungszeugnis anzusuchen und die Einreichbestätigung vorzulegen.Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Einstellung erst nach Vorlage des Führungszeugnisses erfolgen kann.Ich erkläre, dass ich mit einer Vollbeschäftigung- Kurzbeschäftigungeinverstanden bin. |
|  | Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortethabe. Es ist mir bekannt, dass falsche oder Irreführende Angaben zum Zeitpunkt des Bekanntwerdensdie fristlose Entlassung nach sich zieht und mich die Firma für eventuell daraus entstehendeSchäden haftbar machen kann. |
|  |       |       |
|  | Ort und Datum | Eigenhändige Unterschrift |

|  |
| --- |
| Eintragungen des Dienstgebers |
| 1 | [ ]  Personalausweis [ ]  Pass | Nummer:       Ausstellungsbehörde:       Datum:       |
| 2 | Meldescheinangemeldet am:       | Wohnadresse:      [ ]  früherer[ ]  gegenwärtiger ordentlicher Wohnsitz |
| 3 | Führerschein | [ ]  unbefristet[ ]  befristet bis:      Aussteller:      Nummer:      Datum:       |
| 4 | Kriegs- oder Arbeitsgeschädigt | [ ]  Ja [ ]  Nein[ ]  Prozentsatz:      [ ]  Aussteller:      Zahl/ Nr:       |
| 5 | Art der Verwendung | Dienstantritt:       VZ: [ ]  TZ: [ ] Dienstende:       |
| **Empfehlen von**:       | **Dienststellenbeurteilung:**      | Anträge Sicherheitsbüro:[ ]  in Ordnung[ ]  nicht in Ordnung |