

Bewerbungsbogen

Ich bewerbe mich um eine Stelle als Basismitarbeiter der Firma alles sauber ag



Haben Sie schon einmal bei der Firma ASA AG gearbeitet?

Ja

Nein

Angaben zur meiner Person (Personalien)

Name Vorname

Adresse PLZ und Ort

Tel. privat Mobile:

Geburtsdatum AHV. Nr. Zivilstand

Heimatort Nationalität: Verh.seit:

Bewilligung Kat. B C F N L G

Führerausweis Kat. B Kat. C Andere Eigener PW? Ja Nein

Name und Vorname Partnerin Anzahl Kinder

Geburtsdatum Partnerin Geb. Datum

Besuchte Schulen

Stufe	Wo	Von	Bis

Berufslehre:

Lehre als	Wo	Von	Bis

Kurse, Seminare, Weiterbildungen

Welche	Wo	Von	Bis

Sprachkenntnisse mündlich

	Muttersprache	sehr gut	gut	wenig	keine
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprachkenntnisse schriftlich

	Muttersprache	sehr gut	gut	wenig	keine
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Arbeitgeber

Firma	Tätig als	Von	Bis	Pensum

Heute in Stellung

Firma	Tätig als	Von	Bis	Pensum

Vertrag gekündigt? nein Ja Wenn ja per Datum?

Bevorzugter Arbeitsort:

Arbeitspensum

Vollzeit Teilzeit % Arbeiten auf Abruf

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ganztags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lohnvorstellungen brutto/Monat brutto/Stunde

Sind Sie in der Lage, körperliche Arbeiten auszuführen? ja nein
 Reagieren Sie auf Reinigungschemikalien und -produkte allergisch? ja nein
 Litten Sie während der letzten fünf Jahre an körperlichen Beschwerden? ja nein

Referenzen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort: _____
 Datum: _____
 Unterschrift: _____
