

# Personal-Stammbogen

## Persönliche Daten

Zuname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder (Anzahl): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen): \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Grundwehr- / Ersatzdienst vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Letzter Dienstgrad \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie 2 Personen an (Kontaktdaten: Name mit Anschrift und Telefonnummer), an die wir uns wenden können, falls Sie nicht erreichbar sind:

---

---

Liegen gegen Sie Lohnpfändungen vor?  ja  nein  
Falls ja, durch wen in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Sind Sie vorbestraft?  ja  nein  
Falls ja weshalb? \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit arbeitslos gemeldet?  ja  nein

Beziehen Sie Arbeitslosenunterstützung?  ja  nein

Beziehen Sie Sozialhilfe?  ja  nein

## Ausländische Arbeitnehmer

Arbeitserlaubnis vom \_\_\_\_\_ vom Arbeitsamt \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Liegt eine Aufenthaltsgenehmigung vor?  ja  nein

## Gesundheit

Besteht ein anerkanntes Versorgungsleiden?  ja  nein

Sind Sie anerkannter Schwerbehinderter oder Gleichgestellter?  ja  nein

Anerkannter Prozentsatz? \_\_\_\_\_

Sind Sie sonst für die vorgesehene Tätigkeit arbeitsbehindert?  ja  nein

In welcher Weise? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (Asthma, Atemwegserkrankungen etc.) ?  ja  nein

An welchen? \_\_\_\_\_



Veränderungsgrund: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Bruttoverdienst: \_\_\_\_\_

## Allgemeines

Angabe der Führerscheinklasse  II / LKW  III / PKW

Besteht eine Fahrgelegenheit bzw. eigenes Fahrzeug ?  ja  nein

Wenn eine Fahrgelegenheit besteht, mit wem? \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname, Angabe der Abteilung)

Sind Sie bereit im 2-Schicht (Früh-, Spätschicht im Wechsel)  
(gilt nur für gewerbliche Arbeitnehmer)  ja  nein

bzw. 3-Schichtbetrieb (Früh-, Spät-, Nachtschicht im Wechsel)  
(gilt nur für gewerbliche Arbeitnehmer)  ja  nein

sowie Samstags zu arbeiten?  ja  nein

Befinden Sie sich z. Zt. in einem Arbeitsverhältnis?  ja  nein

Wenn ja, welche Kündigungsfrist haben Sie? \_\_\_\_\_

Wieviel Urlaubsanspruch haben Sie noch? \_\_\_\_\_

Wann ist Ihr Eintritt frühestens möglich? \_\_\_\_\_

## Angaben für die Lohn- bzw Gehaltsabrechnung

Ich bin Mitglied folgender Krankenkasse:  Freiwillig Versicherter  Pflichtkrankenkasse  
 Ersatzkrankenkasse \_\_\_\_\_  Arbeitgeberanteil auszahlen  Beiträge abführen

Beziehen Sie Sozialversicherungsrente?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Lohn-/Gehalt auf Kto.-Nr. \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Zuständiges Finanzamt \_\_\_\_\_

Vermögensbildung: Kto.Nr. \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Versicherung/Bausparkasse \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr \_\_\_\_\_

Sparzulage:  ja  nein v.H. \_\_\_\_\_

Sind Sie durch eine(n) ArbeitnehmerIn unseres Hauses empfohlen worden?  ja  nein

Wenn ja, bitte Vor- und Zuname angeben: \_\_\_\_\_

Ich versichere, alle Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, daß falsche bzw. unvollständige Angaben die Firma unter Umständen zur Anfechtung bzw. fristlosen Kündigung des Arbeitsvertrages berechtigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift