

## KARLSRUHE

Karlstraße 97-99  
 76137 Karlsruhe  
 Telefon +49 721 / 92 09 02 7-0  
 Fax +49 721 / 92 09 02 7-90  
 info@tb-is.de

## RASTATT

Markgrafenstraße 9  
 76437 Rastatt  
 Telefon +49 7222 / 90 13 98-0  
 Fax +49 721 / 90 13 98-90  
 info.ra@tb-is.de

Ich möchte arbeiten als:		Bereit zur Schichtarbeit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vorname:		Nachname:
Geburtsname:		Geburtsstag:*
Straße (untermietet bei):		PLZ/Wohnort:
Telefon:	Handy:	E-Mail:
Krankenkasse		Rentenversicherungsnr.:
Nationalität:	Geburtsland:	Geburtsort:
Familienstand:	led. <input type="checkbox"/> / verh. <input type="checkbox"/> / gesch. <input type="checkbox"/> / getrennt. lebend <input type="checkbox"/>	Kinder: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lohnsteuerklasse: Steuer-ID:	Eingetragene Kinder: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Konfession:
Schulabgang:	Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/>	
Ausbildung zum:	abgeschlossen <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/>	
Führerschein Klasse:	Mobilität: PKW <input type="checkbox"/> / Motorrad <input type="checkbox"/> / Moped <input type="checkbox"/>	
Ich kann die Arbeit aufnehmen ab:		Letzter Stundenlohn:
Waren Sie in den letzten 12 Monaten krank?*		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dauer und Art der Krankheit?*
Erhalten Sie Rentenbezüge?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Schwebt gegen Sie ein Ermittlungsverfahren?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal für TB Industrie Service gearbeitet?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?
Bisherige Tätigkeiten und Fähigkeiten:		

Einschränkungen der Arbeitszeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kur in Aussicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Reisebereitschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft vorliegend	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bundeswehr / Ersatzdienst	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schwerbehindert in Grad	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorstrafen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizinische Untersuchung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lohnpfändung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Gesundheitliche Einschränkungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Einschränkungen? _____					

### \*freiwillige Angaben

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe.

Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zur Lösung des möglichen späteren Arbeitsverhältnisses führen können.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_