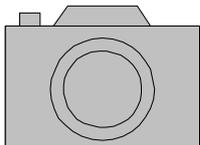


Persönlicher Fragebogen

Bitte gut leserlich schreiben – Ihre Angaben werden vertraulich behandelt

Adresse	Bewerbung für die Stelle:			
	Interessiert an der Tätigkeit als:			
	Ihre AHV-Nr. lautet:		(Beginnt mit 756. ...)	
	Name:	Vorname:		
	Strasse:	c/o:		
	PLZ:	Wohnort:		
	Telefon:	Natel:		
	E-Mail:			 1 aktuelles Passfoto beilegen Falls nicht bereits in einem separaten Lebenslauf ersichtlich.
	Kontaktperson / Tel., Handy Nr. für Notfälle (Angabe von Freundin, Ehepartner, Eltern, ...)			
Wohnort in den vergangenen fünf Jahren				
Ort:	Von:	Bis:		
Ort:	Von:	Bis:		
Ort:	Von:	Bis:		
Personalien	Geburtstag:	Geburtsort:	Heimatort:	
	Nationalität:	Niederlassungsbewilligung: A <input type="checkbox"/> / B <input type="checkbox"/> / C <input type="checkbox"/>		
	Kontrollfrist:	Ausweisnummer:		
	Zivilstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet		
	Datum der Heirat:	Konfession:		
	Name / Vorname des Partners:		Geburtsdatum:	
	Beruf des Partners u. Arbeitgeber:			
	Anzahl Kinder: _____ (Menge)	1. Vorname u. Geburtsdatum:		
2. Vorname u. Geburtsdatum:				
3. Vorname u. Geburtsdatum:				
4. Vorname u. Geburtsdatum:				
Konto	Haben Sie ein Lohnkonto (Bank- oder Postkonto)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Bank:	Konto / IBAN Nr.:		
	Filiale:	Clearing-Nr.:		
	Postkonto:			
	Gibt es mehrere Banken, bitte genaue Angaben machen, Clearing-Nr. unabdingbar!			

Freiwillig

KONTO- ANGABEN MÜSSEN SPÄTESTENS BEI ANSTELLUNG NACHGEREICHT WERDEN!

Gesundheit

Gesundheitszustand momentan: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zufrieden stellend <input type="checkbox"/> schlecht			
Körpergrösse:		Gewicht in kg:	
Hausarzt Name:		PLZ / Ort:	Tel /
Litten Sie in den letzten fünf Jahren an einer schweren Krankheit?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum:		Art:	
Datum:		Art:	
Behandelnder Arzt:			
Sind Sie in den letzten drei Jahren operiert worden oder verunfallt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum:		Art:	
Datum:		Art:	
Nehmen / nahmen Sie regelmässig Medikamente ein?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie schon einmal in einer Entziehungskur (Drogen, Alkohol, etc.)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Raucher?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie eine Invalidenrente? Wenn ja, Grad angeben			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie farbenblind? Infolge des Einsatzgebietes im Vorfeld zwingend zu klären!			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit dem Gehör? Infolge des Einsatzgebietes im Vorfeld zu klären!			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse:		Mitglied Nr.:	

Strafen

Befinden/befanden Sie sich unter Beistands- oder Vormundschaft?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Läuft zurzeit eine Betreuung gegen Sie?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Schuldner(in) eines Verlustscheins?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind/waren Sie vorbestraft (gegenwärtig oder früher)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja wofür:		
Urteilsdatum:	Verfall:	
Ist ein Verfahren gegen Sie hängig?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Auto

Haben Sie Verwandte im Unternehmen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name:		
Führerschein-Kategorien: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE		
Momentanes Fahrzeug:	Marke/Typ:	Kennzeichen:
	Farbe:	Werbemöglichkeit Heckscheibe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Freizeit

Bevorzugte Freizeitbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Siehe Lebenslauf _____

Beruf

Erlerner Beruf:		Fähigkeitsausweis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Momentane Tätigkeit und Funktion: <input type="checkbox"/> Siehe Lebenslauf _____			
Zusatzausbildungen:			
Lehranstalt:		Akademischer Titel:	
vom:	bis:	Abschlusszeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schulen	Besuchte Schulen: <input type="checkbox"/> Siehe Lebenslauf	Ort:	von:	bis:
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Arbeitgeber	Arbeitgeber (seit der Lehrzeit): <input type="checkbox"/> Siehe Lebenslauf	Vollständige Adresse:	von:	bis:
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Dienst	Militärdienst- / Zivildienstpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grund:
	Truppengattung:	Funktion / Rang: Einteilung:
	Aspirieren Sie auf einen nächst höheren Rang? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja auf welchen?

Sprachen	Sprachkenntnisse:	Muttersprache:
	Fremdsprachen fließend und gute Kenntnisse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, welche:	
	Sprachaufenthalte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, Ort und Dauer:	
	PC Kenntnisse / MS Office / SAP: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> gar nicht	
	Smartphone – Kenntnisse: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> gar nicht (WhatsApp bedienen ist wichtig)	

Waffen	Haben Sie bereits schon einmal in der Sicherheitsbranche gearbeitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja wo und als was:	
	Sind Sie im Besitze einer Waffentragbewilligung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tragschein Nr. KT:
	Für welche Art von Waffen? <input type="checkbox"/> Handfeuerwaffen <input type="checkbox"/> Faustfeuerwaffen	Ausnahmebewilligung für:

Hund	Besitzen Sie einen diensttauglichen Hund? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja welche Rasse:	Name des Hundes
	Alter des Hundes:	Absolvierte Prüfungen
	Interesse an einer Ausbildung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ich wurde auf die Stelle Aufmerksam durch:		
Inserat vom:	Zeitung:	
oder durch:		
Sind Sie gewillt in dem Verkehrsdienst Sektor zu arbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wieso?		
Sind Sie gewillt, regelmässig an den Wochenenden zu arbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wieso?		
Sind Sie gewillt, regelmässig unter der Woche am späteren Abend zu arbeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wieso?		

Zusätzlich sind dem Fragebogen folgende Dokumente beizulegen:	
-	<input type="checkbox"/> Max. 1 Passfotos in Farbe falls nicht in einem separaten Lebenslauf ersichtlich
-	<input type="checkbox"/> Strafregisterauszug (Original, nicht älter als 3 Monate) => Auf jeder Poststelle erhältlich
-	<input type="checkbox"/> Betreibungsauszug über 2 Jahre zurück (Original) => Auf der Wohngemeinde erhältlich
-	<input type="checkbox"/> Leumundszeugnis, falls einer Vorhanden! Sonst nicht nötig => Auf der Wohngemeinde erhältlich
-	<input type="checkbox"/> Lebenslauf => Falls Sie einen separaten dazu legen, können Sie auf der vorherigen Seite darauf verweisen
-	<input type="checkbox"/> Zeugnisse der absolvierten Schulen ab Oberstufe (Nur Bewerber deren Alter unter 25 Jahre ist. Kopie)
-	<input type="checkbox"/> Fähigkeitsausweis & Notenblatt (=> Kopie)
-	<input type="checkbox"/> Arbeitszeugnisse, Militärische Leistungszeugnisse (=> Kopie) – wenn vorhanden
-	<input type="checkbox"/> Absolvierte Kurse wie SLRG*, Nothelfer, CPR, ASSR*, VSZS*, usw. wenn vorhanden
-	<input type="checkbox"/> Führerausweis (=> Kopie)
-	<input type="checkbox"/> Amtlicher Ausweis / Pass / ID (=> Kopie)
*SLRG, Schweiz. Lebensrettungs-Gesellschaft / ASSR, Anti Schleuder Schule Regensdorf / VSZS Verkehrs-Sicherheits-Zentrum Safenwil WAB4u	

Wichtige Anmerkungen:

- Der/Die Unterzeichnete bestätigt, dass diese Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass bewusst oder fahrlässig falsch oder unvollständig gemachte Angaben die fristlose Vertragsauflösung zur Folge haben können, falls dies nachträglich festgestellt wird.
- Dieser Fragebogen ist persönlich und darf in keiner Form an Drittpersonen zur Einsicht, Kopie, usw. weitergegeben werden. Unsererseits werden die Daten mit Diskretion behandelt.
- Er/Sie den Geschäftsführer der Pampasus Sicherheitsdienst GmbH über seine Person Erkundungen einzuholen und die Kantonspolizei für genauere Informationen im Detail zu befragen um mögliche Hinderungsgründe zu klären. Die Angaben werden stets vertraulich behandelt. Für weitere Erkundungen während der Anstellung wird eine erneute Ermächtigung eingeholt.

Ort & Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:

**admin@pampasus.ch (bevorzugt) oder:
Pampasus Sicherheitsdienst GmbH
Administration
Feuergasse 4
5506 Mägenwil**

**Besten Dank für Ihren Fragebogen, es würde uns freuen,
Sie in unserem Team begrüssen zu dürfen!**