

Qualität und Zuverlässigkeit  
ist unser Erfolg



Personaldienstleistungen

Adressennummer

--	--	--	--	--	--	--	--

			BILD
Tel. am:		Tel. am:	
Tel. am:		Tel. am:	
Tel. am:		Tel. am:	

BEWERBUNGSBOGEN

Familienname	Vorname	
PLZ	Straße Nr.	
Tel. Privat	Erreichbar über	E-mail
Staatsbürgerschaft	Geburtsort	Geburtsdatum
		Versicherungs-Nr.
Haben Sie Wehrdienst geleistet warum nicht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sind Sie vorbestraft weshalb: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Haben Sie ein eigenes Fahrzeug	welche Führerscheingruppen besitzen Sie	Staplerschein Kranschein
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Würden Sie auch Schichtarbeit verrichten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Welche Schichten würden Sie machen <input type="checkbox"/> 2 Schichten <input type="checkbox"/> 3 Schichten <input type="checkbox"/> MO-FR <input type="checkbox"/> MO-SA <input type="checkbox"/> MO-SO		
Ab wann könnten Sie zu arbeiten beginnen:		Was möchten Sie mind. netto verdienen: €
Sind Sie arbeitslos gemeldet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann:		VG-Ja VG-Nein VG-gültig bis
Bei welchem Arbeitsamt sind Sie gemeldet: Wer ist Ihr Betreuer		Tel-Nr. des Betreuers

**Schulbildung:**

Grundschule: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Schulbildung:	wie viele Jahre
Hauptschule: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Schulbildung:	wie viele Jahre
Realschule: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Schulbildung:	wie viele Jahre
Gymnasium: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**Haben Sie Kurse oder Prüfungen**

welche	mit Prüfung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
welche	mit Prüfung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
welche	mit Prüfung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
welche	mit Prüfung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Würden Sie in gesamt Österreich arbeiten?  Ja  Nein      Würden Sie von Montag bis Freitag auswärts nächtigen?  Ja  Nein

Wenn Sie nicht in gesamt Österreich arbeiten möchten, in welchen Bundesländern oder Gebieten möchten Sie arbeiten:

Wien  NÖ  Burgenland  Steiermark  OÖ  Salzburg  Tirol  Vorarlberg  Kärnten

Welches Gebiet würden sie bevorzugen:

Wie wurden Sie auf dvd aufmerksam?

- Zeitung                       Telefonbuch/Gelbe Seiten                       www.dvd-personal.com                       Bundesheer  
 Arbeitsamt                       Autowerbung                       Messe/Veranstaltung                       Sportwerbung  
 Empfehlung                       Freunde/Bekannte                       Radio/TV  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Notizen:**

**Beruflicher Werdegang**

Haben Sie einen Beruf erlernt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welchen _____	Haben Sie die Lehre mit einer Lehrabschlußprüfung abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein												
Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Bei welchen Unternehmen haben Sie Ihren Beruf erlernt													
Firma-Name _____	Ort _____												
Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Bitte beschreiben Sie uns in den nächsten Feldern möglichst genau die **Tätigkeiten**, die Sie bei den jeweiligen Arbeitgebern ausgeübt haben.

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

Firma _____	Ort _____	beschäftigt als _____	Beginn <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>							Ende <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>						

Welche Tätigkeiten haben Sie bei diesem Arbeitgeber ausgeübt:

**Persönliche Daten/Gesundheitsdatenblatt**

Das Unternehmen d v d ist immer um Ihre Sicherheit bemüht. Um einerseits alle gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz Ihrer Gesundheit einhalten zu können und andererseits alle notwendigen Informationen für die richtige Wahl Ihrer Arbeitseinsätze zu haben, sind die nachfolgenden Daten sehr wichtig für uns.

Körpergröße         Zentimeter	Gewicht         Kilogramm	Welche Größe passt Ihnen bei Arbeitskleidung <b>Hosen:</b> 38/42/44/46/48/50/52/54/56/58/60/62/64/66/68/70 <b>Extra LANG/KURZ</b> <b>Jacken:</b> 44/46/48/50/52/54/56/58/60/62/64/66/70 <b>T-Shirt:</b> 44/46/48/50/52/54/56/58/60/62/64/66/70
Welche Schuhgröße haben Sie:		

Verwenden Sie eine Sehhilfe  Ja  Nein      Hören Sie gut bzw. normal  Ja  Nein      Sind Sie schwindelfrei  Ja  Nein  
Schwindelfrei bis:.....Meter.

Leiden Sie unter Allergien  Ja  Nein welche:

Haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen des Bewegungsapparates  Ja  Nein      Sind Sie trotz dieser Beschwerden voll arbeitsfähig  
Wenn ja, welche:  Ja  Nein

Haben Sie einen Feststellungsbescheid  Ja  Nein      Grad der Behinderung:

Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich  Ja  Nein      Rauchen Sie  Ja  Nein  
Trinken Sie täglich mehr als 1 Liter Bier bzw. Wein  Ja  Nein

Haben Sie sich in den letzten Jahren speziellen Eignungsuntersuchungen unterzogen:

Schweißrauchuntersuchung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wann	Jahr	Monat	Besitzen Sie von anderen Arbeitgebern einen Sicherheitspass? andere Untersuchungen:
Gehöruntersuchung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wann	Jahr	Monat	
Atemschutzuntersuchung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wann	Jahr	Monat	

Haben Sie eine erste Hilfe Ausbildung  Ja  Nein      wann war die Ausbildung  
Jahr      Monat      wie viel Stunden umfasste die Ausbildung:      Stunden

Hatten Sie in der Vergangenheit schwere Unfälle/Operationen?  Ja  Nein      Wenn ja, welche:  
Gibt es irgendwelche Einschränkungen vom Amtsarzt betreffend dem Heben eines Gewichts?  Ja  Nein      Wenn ja, welche:

Name des Ehepartners	Geb. Datum	SVNr.:	Ist Ihr Ehepartner selbst versichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Namen der Kinder die bei Ihnen mitversichert sind							
<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:
<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:
<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	Name	Geb. Datum	SVNr.:

Mitarbeitervorstellungen wurden an folgende Unternehmen geschickt: \_\_\_\_\_ Datum      Unterschrift

<b>Kunde</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Fax	Jahr	Monat	Ansprechpartner
<b>Kunde</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Fax	Jahr	Monat	Ansprechpartner
<b>Kunde</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Fax	Jahr	Monat	Ansprechpartner
<b>Kunde</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Fax	Jahr	Monat	Ansprechpartner
<b>Kunde</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Fax	Jahr	Monat	Ansprechpartner