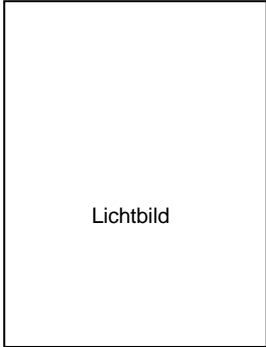


Personalfragebogen

für die Bewerbung um Einstellung als Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer



Beantworten Sie bitte sämtliche Fragen in lesbarer Schrift (gegebenenfalls Druckschrift). Daten geben Sie bitte mit Tag, Monat und Jahr an. Sollte eine Frage auf Sie nicht zutreffen, ist das Wort „entfällt“ einzusetzen. Etwaige Zweifel bei der Beantwortung der Fragen können Sie bei der zuständigen Personalstelle klären. Aus dem von Ihnen ausgefüllten Personalfragebogen können Sie keine Ansprüche herleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Antworten, die einer Bewertung unterliegen, stets die Gesamtumstände des persönlichen Werdegangs berücksichtigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bei nicht ausreichendem Platz bitte weitere Angaben auf besonderem Blatt beifügen und unterschreiben!

| Vom der Bewerberin/dem Bewerber auszufüllen | | | | | | | PA Bl. |
|---|--|-----|-------|------|----|---------------------|--------|
| 1. | Name (ggf. auch Geburtsname) | | | | | | |
| 2. | Vornamen (Rufname unterstreichen) | | | | | | |
| 3. | geboren am | Tag | Monat | Jahr | in | Staatsangehörigkeit | |
| 4. | Anschrift, Telefon | | | | | | |
| 5. | Geburtsname der Mutter (bei Adoptierten Geburtsname der Adoptivmutter – ohne Vornamen -) | | | | | | |
| 6. | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig Seit dem _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft Seit dem _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> überlebende/überlebender eingetragene(r) Lebenspartner(in) | | | | | | |

| 7. | <p>Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname) des Ehegatten/der Ehegattin/des eingetragenen Lebenspartners/der eingetragenen Lebenspartnerin _____</p> <p>Geboren am _____</p> <p>Übt Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin/Ihr eingetragener Lebenspartner/Ihre eingetragene Lebenspartnerin eine Erwerbstätigkeit aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------|---------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8. | <p>Kinder, für die Kindergeld beansprucht wird</p> <p>Namen und Vornamen, Geburtsdatum</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | <p>Sind Sie anerkannte(r) Schwerbehinderte(r)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja: Grad der Behinderung (GdB): _____</p> <p>lt. Schwerbehindertenausweis Nr. _____ vom _____</p> <p>Sind Sie vom Arbeitsamt einem Schwerbehinderten gleichgestellt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls ja: Grad der Behinderung (GdB): _____</p> <p>lt. Bescheid des Versorgungsamts vom _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | <p>Sind Sie politisch oder rassistisch Verfolgte(r) des Nationalsozialismus im Sinne des PrVG?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bei „ja“ bitte entsprechende Nachweise beifügen!</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Allgemeinbildende Schule</td> <td style="width: 15%;">vom</td> <td style="width: 25%;">bis zum</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Schulabschluss:</td> </tr> </table> | Allgemeinbildende Schule | vom | bis zum | Schulabschluss: | | | | | | | | | | | | | |
| Allgemeinbildende Schule | vom | bis zum | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schulabschluss: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | <p>Weiterführende Schulbildung (z. B. Berufsfachschule, Fachoberschule, Handelsschule)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Art bzw. Name der Schule</th> <th style="width: 10%;">in</th> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 30%;">bis zum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Art bzw. Name der Schule | in | vom | bis zum | | | | | | | | | | | | | |
| Art bzw. Name der Schule | in | vom | bis zum | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|-----|--------------|--|
| 13. | Studium an einer Hochschule (einschließlich Fachschule, Fachhochschule, Akademie) | | | |
| | Art des Studiums/Fachrichtung | vom | bis zum | |
| | | vom | bis zum | |
| | Besuchte Hochschulen | | | |
| | Abschlussprüfung/Fachrichtung | | Bestanden am | |
| | <input type="checkbox"/> Promotion zum | | | |
| | <input type="checkbox"/> Diplom als | | | |
| | <input type="checkbox"/> staatl. Anerkennung/Erlaubnis als | | | |
| | <input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin | | | |
| | <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin, Gebietsbezeichnung | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Staatsprüfung | | | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 14. | Berufsausbildung, Fortbildung einschließlich Weiterbildung, Umschulung | | | |
| | Art/Fach | vom | bis zum | |
| | Lehranstalt/Ausbildungsstätte | | | |
| | Bezeichnung der Abschlussprüfung | | Bestanden am | |
| | Meisterprüfung als | | Bestanden am | |
| | Sonstige Aus- und Fortbildungen sowie Prüfungen | | Bestanden am | |
| 15. | Besondere Kenntnisse und Fertigkeiten, insbesondere für die auszuübende Tätigkeit | | | |
| | Kurzschrift Prüfung bestanden am _____ Silbenzahl: ____ | | | |
| | Maschinenschreiben Prüfung bestanden am _____ Anschläge: ____ | | | |
| | Übertragung von Phonodiktaten Prüfung bestanden am _____ Anschläge: ____ | | | |
| | Sonstiges, z. B.: Fremdsprachen (Umfang der Kenntnisse, Prüfungen, Zertifikat), Führerschein (Klasse) ____ | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|------|-----|---------|---|--------|
| 16. | Standen Sie in der Vergangenheit jemals in einem Arbeits- oder einem sonstigen Beschäftigungsverhältnis mit dem Land Berlin? <input type="checkbox"/> Ja (dann bitte diese wie ggf. sämtliche sonstige Tätigkeiten in der Rubrik 16a darlegen) <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | |
| 16a. | Geben Sie bitte nachstehend in chronologischer Reihenfolge lückenlos alle Tätigkeiten an, die Sie im Anschluss an Ihre Schul- und Berufsausbildung beruflich ausgeübt haben. Anzugeben sind ferner Zeiten einer Arbeitslosigkeit, eines Wehr- bzw. Ersatzdienstes und als Entwicklungshelfer. | | | | | | |
| Arbeitgeber, Dienstherr, freiberufliche Tätigkeit, Wehr- oder Ersatzdienst, arbeitslos usw. | Art der Tätigkeit ¹ | Voll- beschäftigt? | | vom | bis zum | Grund des Ausscheidens ² a) arbeitgeberseitige Kündigung b) eigene Kündigung c) Zeitablauf d) Auflösungsvertrag e) sonstiger Tatbestand | PA Bl. |
| | | ja | nein | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

¹ Bei Tätigkeit im öffentlichen Dienst bitte die letzte Vergütungs-, Lohn-, Besoldungs- oder Gehaltsgruppe angeben.

² Bei den Tatbeständen a) bis d) nur den betreffenden Buchstaben einsetzen.

| | | PA BI. |
|-----|--|--------|
| 17. | Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der Sozialversicherung? | |
| 18. | Sind Sie Mitglied in einer Krankenkasse? Falls ja, welcher? | |
| 19. | Beziehen Sie Renten, Versorgungs- bzw. Hinterbliebenenbezüge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja: _____ € monatlich Art und Feststellungsbehörde: <input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt. | |
| 20. | Waren Sie jemals bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert (Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung, beitragsfreie Versicherung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bei: _____ Vers.-Nr. _____ | |
| | Haben Sie Beiträge/Beitragsanteile zurückgezahlt/erstattet erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wurde eine Abfindung gewährt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Hat Ihr letzter oder ein früherer Arbeitgeber Ihnen Zuschüsse zu den Beiträgen für eine Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB VI (z. B. Ärzteversorgung) gezahlt? | |
| | Falls ja, folgender Arbeitgeber: _____ vom _____ bis zum _____ | |
| | | |
| 21. | Werden Sie nach Einstellung eine Nebentätigkeit/andere Tätigkeit ausüben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, folgende: _____ | |
| 22. | Laufen gegen Sie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen oder ist damit zu rechnen, dass Teile Ihres Arbeitsentgelts auf Grund ihrer Lohnpfändung oder Abtretungserklärung an Dritte abgeführt werden müssen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben gesondert. | |
| 23. | Ist Ihnen die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben bei etwa erfolgter Einstellung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nach sich ziehen kann.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle meiner Einstellung jede Änderung der angegebenen Verhältnisse unaufgefordert meiner Personalstelle mitzuteilen habe.

Mir ist ferner bekannt, dass im Falle meiner Einstellung personenbezogene Daten gespeichert werden, soweit dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Berlin, den _____

(Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname)

Fügen Sie bitte dem Fragebogen bei:

1. einen selbstgeschriebenen Lebenslauf;
2. etwa notwendige Ergänzungen zu Ihren Antworten auf einzelne Fragen;
3. beglaubigte Abschriften bzw. Kopien (**nicht** Originale) Ihrer Prüfungs- und Beschäftigungszeugnisse.