

## Bewerbungsfragebogen Cabin/ Schweiz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ c/o Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand/ Kinder (Alter): \_\_\_\_\_

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_ Kleidergröße: \_\_\_\_\_

Reisepassnummer: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_ Ausstellungsort/ Datum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ in der Schweiz seit: \_\_\_\_\_

Bei Non- EU- Bürgern außerhalb der Schweiz/ EU- Bürgern aus Beitrittsländern ab Mai 2004<sup>1</sup> /Januar 2007<sup>2</sup>:  
Aufenthaltserlaubnis gültig bis: \_\_\_\_\_ Arbeitsgenehmigung gültig bis: \_\_\_\_\_

Verfügen Sie über eine Aufenthalts- / Niederlassungsbewilligung? B  C

Sind Sie anerkannter Schwerbehinderter oder Gleichgestellter? Ggf. Grad der Behinderung ? \_\_\_\_\_

Sind Sie arbeitsbehindert, nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder leiden Sie an chronischen Erkrankungen, durch welche die Tauglichkeit für die vorgesehene Tätigkeit eingeschränkt ist ? \_\_\_\_\_

Bekleiden Sie ein Ehrenamt? Üben Sie eine Nebenbeschäftigung aus ? \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits bei einem Unternehmen der Air Berlin Group beschäftigt? Ja  nein

Wenn ja, bei welchem? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich schon einmal als Cabin Crew Member bei einer Airline der Air Berlin Group beworben? Ja  nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Haben Sie die Rekrutenschule besucht bzw. den Zivildienst abgeleistet ? : nein  ja \_\_\_\_\_

Schwebt gegen Sie ein Ermittlungsverfahren oder sind Sie vorbestraft wegen eines im Hinblick auf die Ausübung der vorgesehenen Tätigkeit erheblichen Deliktes ?  
\_\_\_\_\_

Stationierungswunsch \_\_\_\_\_

Führerschein vorhanden: ja  nein  Internetzugang vorhanden: ja  nein

Können Sie schwimmen: ja  nein  Haben Sie sichtbare Tätowierungen: ja  nein

Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen: : ja  nein  Wenn ja: Dioptrienzahl: \_\_\_\_\_

Welche der nachfolgenden Impfungen können Sie vorweisen?

Tetanus  Diphtherie  Polio  Pertussis  Hepatitis A+B

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, durch die die Tauglichkeit für die vorgesehene Tätigkeit eingeschränkt ist?  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Beitrittsländer 01.05.2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta, Zypern

<sup>2</sup> Beitrittsländer 01.01.2007: Bulgarien, Rumänien

## Schulische Ausbildung

Schule/ Universität	Diplom	Abschlussdatum

## Berufliche Ausbildung

Ausbildung als	Firma/ Schule	Abschlussdatum

## Berufliche Tätigkeiten

Firma	Funktion	von/ bis

## Derzeitige Tätigkeit

Firma
Funktion
seit
Kündigungsfrist
Eintritt möglich ab

Berufserfahrung als Flugbegleiter/In / wo: ja  \_\_\_\_\_ nein

## Sprachkenntnisse:

<u>Deutsch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	<u>Italienisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>
<u>Englisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	<u>Niederländisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>
<u>Französisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	<u>Türkisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>
<u>Spanisch</u>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	weitere: _____	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>

Sprachschulen: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen wird Bestandteil eines abzuschließenden Arbeitsvertrages; unvollständige und unrichtige Angaben berechtigen zur Anfechtung des Arbeitsvertrages oder zur Kündigung und verpflichten zum Schadensersatz. Alle Daten werden entsprechend der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und verwendet.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_