

Bewerbungsfragebogen Cabin/ Deutschland

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____ c/o Adresse: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Mobil Telefon: _____

Fax: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Familienstand/ Kinder (Alter): _____

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg) _____ Konfektionsgröße: _____

Reisepassnummer: _____ gültig bis: _____ Ausstellungsort/ Datum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bei EU-Bürgern der Beitrittsländer ab Mai 2004¹ /Januar 2007² Arbeitserlaubnis-EU gültig bis: _____

Bei Non- EU- Bürgern Aufenthaltserlaubnis gültig bis: _____

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: _____

Wehrdienst/Zivildienst geleistet ? : ja nein

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

Stationierungswunsch _____ **nur wenn Düsseldorf:** Air Berlin LTU(auch Langstrecke)

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: _____

¹ Beitrittsländer 01.05.2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta, Zypern

² 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: _____