

Personalfragebogen / Personalstammbogen

Persönliche Daten

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Meno Priezvisko		
Anschrift	adresa trvalého bydliska		Tel.: tel.č.
Geboren am	dátum narodenia	in	mesto narodenia
Staatsangehörigkeit	SVK		Religion ¹⁾ : náboženstvo
~~Bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter:~~			
~~Grundwehr-/Ersatzdienst vom bis Letzter Dienstgrad~~			
~~Für ausländische Arbeitnehmer: Arbeitslaubnis²⁾ vom erteilt vom Arbeitsamt gültig bis~~			
E-Mail Adresse:	email		
~~Sind Sie wegen eines im Hinblick auf die vorgesehene Tätigkeit erheblichen Deliktes vorbestraft oder schwebt insoweit gegen Sie ein Ermittlungsverfahren?~~			
~~Wenn ja, welche Vorstrafen?~~			
~~Wegen welcher Handlungen schweben Ermittlungsverfahren?~~			
Ich bin Mitglied folgender Krankenkasse: názov zdravotnej poisťovne			
☒ Pflichtversicherter		☐ Freiwillig Versicherter	
Krankenversicherten-Nr.	číslo poistenca	☐ Arbeitgeberanteil abbezahlen	
		☐ Beiträge durch Arbeitgeber abführen	
Beziehen Sie Sozialversicherungsrente?		☒ nein	☐ ja Welche
~~Sozialversicherungsausweis vorgelegt am~~		Sozialversicherungs-Nr. vypisujte iba ak ste už pracovali v nemecku	
Bank:	názov banky		
BIC:	kód banky		
IBAN:	číslo účtu		
Steueridentifikationsnummer:	vypisujte iba ak ste už pracovali v nemecku		
Hauptbeschäftigung	☒	Nebenbeschäftigung	☐

Familie

Familienstand:	Ledig – verheiratet – verwitwet – geschieden				
	slobodný/á - ženatý/výdatá - odvdovnený/á - rozvedený/á				
Ehegatte:	Name des Ehemannes / der Ehefrau			Religion ¹⁾ : náboženstvo	
	Berufstätig /selbständig			meno manžela/-ky manžela/ky	
Kinder: Deti :	Name	Geburtsdatum	Name	Geburtsdatum	Name
	Meno	dátum narodenia			
~~Sind Verwandte von Ihnen im Betrieb beschäftigt?~~					
~~Wenn:~~					

1) Beantwortung freigestellt

2) Bitte beachten: Dem Arbeitgeber ist das Original der Arbeitslaubnis vorzulegen!

Nichtraucher:
Nefajčiar

☐

Raucher:
fajčiar

☐

Gesundheit

Ste uznaný ako ťažko zdravotne postihnutý?	☐ ja	☐ nein
Podali ste žiadosť o uznanie Vášho statusu ťažko zdravotne postihnutého?	☐ ja	☐ nein
Ste - bez toho, aby ste boli ťažko zdravotne postihnutí - telesne postihnutí pre zamýšľanú činnosť?	☐ ja	☐ nein
Trpíte chronickými ochoreniami? Máte infekčné ochorenia, ktoré by mohli predstavovať riziko pre vašich budúcich kolegov alebo zákazníkov?	☐ ja	☐ nein
Mali ste nejaké ochorenia, ktoré by mohli mať vplyv na váš sľubovaný pracovný výkon?	☐ ja	☐ nein
Môže sa váš plánovaný nástup do práce zmeniť (napr. z dôvodu vyžadanej alebo schválenej liečby, z dôvodu akútneho ochorenia, z dôvodu plánovaného pobytu v nemocnici alebo iných udalostí)?	☐ ja	☐ nein
Ste pripravený na vyšetrenie vašej zdravotnej spôsobilosti na náklady spoločnosti?	☐ ja	☐ nein
~~Für Jugendliche: Sind Sie in den letzten 12 Monaten ärztlich untersucht worden?~~	~~☐ ja~~	~~☐ nein~~

Ausbildung

Schulbildung: <u>dosiahnutý stupeň vzdelania</u>	Abgeschlossene Lehre als <u>vyučený ako</u>		
~~Spezialausbildung als~~			
Studium/Fortbildungskurse	Ort	Jahr	Prüfungsergebnis
<u>názov školy</u>	<u>mesto</u>	<u>roky (od - do)</u>	<u>forma ukončenia štúdia</u>
Kenntnisse in folgenden Fremdsprachen (geringfügig/mittel/gut): <u>jazykové schopnosti</u>			
Führerschein Klasse <u>vodičský preukaz triedy</u>	seit <u>držiteľ vodičského preukazu od dátumu</u>		

Bisherige berufliche Laufbahn – lückenlose Angabe auch von beschäftigungslosen Zeiten erforderlich – pracovné skúsenosti

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber
od	do	druh práce	Meno zamestnávateľa

Ich bin für den Fall meiner Einstellung damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten für ausschließlich betriebliche Zwecke gespeichert werden.

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, daß falsche Angaben den Arbeitgeber unter Umständen zu einer Anfechtung bzw. fristlosen Kündigung des Arbeitsvertrages berechtigen.

<u>mesto, dátum</u>	<u>podpis</u>
Ort, Datum	Unterschrift

Vermerke des Arbeitgebers

~~Eingestellt am~~	~~als~~	~~in Abteilung~~
~~Austritt am~~		