



Bewerbungsformular

Bitte gut leserlich schreiben – Ihre Angaben werden vertraulich behandelt

Gewünschte Anstellung: <input type="checkbox"/> Verkehrsdienst <input type="checkbox"/> Ordnungsdienst <input type="checkbox"/> Eventsecurity <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Parkplatzbewirtschaftung		
Lohnvorstellung pro Stunde: _____ SFr.		<input type="checkbox"/> im Nebenberuf
Lohnvorstellung im Monatslohn bei Vollanstellung: _____ SFr.		<input type="checkbox"/> im Hauptberuf
Dienstaufnahme frühestens am: _____		Kündigungsfrist beim jetzigen Arbeitgeber: _____
AHV-Nr: _____		2 aktuelle Passphoto beilegen
Name: _____	Vorname: _____	
Adresse: _____	c/o: _____	
PLZ: _____	Ort: _____	
Telefon: _____	Natel: _____	
Email: _____		
Kontaktperson/Tel. Nr. für Notfälle: _____		
Geboren am: _____	In: _____	Heimatort: _____
Nationalität: _____	Kat: Ausländerausweis: _____	
Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet		
Datum Heirat: _____	Konfession: _____	
Name/Vorname des Partners: _____		Geburtsdatum: _____
Beruf des Partners u. Arbeitgeber: _____		
Anz. Kinder _____	1. Vorname u. Geburtsdatum: _____	
	2. Vorname u. Geburtsdatum: _____	
	3. Vorname u. Geburtsdatum: _____	
Muttersprache: _____		
Fremdsprache: _____ <input type="checkbox"/> schulische <input type="checkbox"/> Kenntnisse gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse sehr gut <input type="checkbox"/> Diplom _____		
_____ <input type="checkbox"/> schulische <input type="checkbox"/> Kenntnisse gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse sehr gut <input type="checkbox"/> Diplom _____		
_____ <input type="checkbox"/> schulische <input type="checkbox"/> Kenntnisse gut <input type="checkbox"/> Kenntnisse sehr gut <input type="checkbox"/> Diplom _____		
Erlerner Beruf: _____		Momentane Tätigkeit: _____
Eigenes Fahrzeug: <input type="checkbox"/> Velo <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Kleinmotorrad <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Auto		
Führerausweis: <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Kleinmotorrad <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Auto		
Grösse: _____		Gewicht _____
Gegenw. Gesundheitszustand: <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Schlecht		
Litten Sie in den letzten fünf Jahren an einer schweren Krankheit?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Datum: _____	Art: _____	
Sind Sie in den letzten drei Jahren operiert worden oder verunfallt?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen/nahmen Sie regelmässig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen konsumiert?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN



Waren Sie schon einmal in einer Entziehungskur?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Beziehen Sie eine Invalidenrente? Wenn ja, Grad angeben _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie farbenblind?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie gegen Corona geimpft (min. 2x) oder sind Sie genesen (gültig letzte 6 Monate)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Befinden/befanden Sie sich unter Beistands- oder Vormundschaft?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Werden/wurden Sie schon einmal betrieben?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie Schuldner(in) eines Verlustscheins?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind/waren Sie vorbestraft (gegenwärtig oder früher)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, wofür:		
Urteilsdatum:	Verfall:	
Ist ein Verfahren gegen Sie hängig?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Verwandte bei der GIWA Security AG?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, Name:		
Vier letzte Arbeitgeber:		
Firma	Vollständige Adresse	Anstellungsdauer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Referenzen (inkl. vollständiger Adresse – keine Verwandten und Freunde)		
Firma/Person	Vollständige Adresse	Bemerkung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Haben Sie Erfahrung in der Sicherheitsbranche:		
Verkehrsdienst:	<input type="checkbox"/> keine Erfahrung	<input type="checkbox"/> Ausgebildet – Firma/Organisation _____
Bewachung:	<input type="checkbox"/> keine Erfahrung	<input type="checkbox"/> Ausgebildet – Firma/Organisation _____
Ordnungsdienst:	<input type="checkbox"/> keine Erfahrung	<input type="checkbox"/> Ausgebildet – Firma/Organisation _____
Veranstaltungsschutz:	<input type="checkbox"/> keine Erfahrung	<input type="checkbox"/> Ausgebildet – Firma/Organisation _____
Parkplatzbewirtschaftung:	<input type="checkbox"/> keine Erfahrung	<input type="checkbox"/> Ausgebildet – Firma/Organisation _____
Bevorzugte Freizeitbeschäftigung:		

Wichtige Anmerkungen:

- Der oder die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass er/sie alle Fragen ehrlich und vollständig beantwortet hat. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass bewusst oder fahrlässig falsch oder unvollständig gemachte Angaben die fristlose Anstellungsauflösung zur Folge haben können, falls dies nachträglich festgestellt wird.
- Er/Sie erklärt sich bereit die GIWA zur Überprüfung der gemachten Angaben zu ermächtigen
- Senden Sie das Formular an folgende Adresse: GIWA Security AG, Rosenaustrasse 2, 6032 Emmen

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____