



**DETAILS ZU IHRER BEWERBUNG**

Bewerbung als \_\_\_\_\_

gelernter Beruf \_\_\_\_\_

angelernter Beruf \_\_\_\_\_

gewünschte Beschäftigung  Vollzeit  Teilzeit  geringfügig

Anzahl der Wochenstunden \_\_\_\_\_

Ich würde gerne bei diesen Firmen in meiner Region arbeiten:

Wir bitten um Ihr Bild. Danke!

**ANGABEN ZUR IHRER PERSON**

Vorname \_\_\_\_\_ Zuname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Jahrgang \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Gültiger Führerschein (FS)?  ja, für die FS-Klasse(n) \_\_\_\_\_  nein

Kraftfahrzeug vorhanden?  PKW  LKW  Motorrad  kein KFZ vorhanden

Fremdsprachenkenntnisse? \_\_\_\_\_

Sind Sie Landwirtin oder Landwirt?  ja, im Haupterwerb  ja, im Nebenerwerb  nein

Gibt es Einschränkungen bzgl. der vorgesehenen Tätigkeiten bzw. Arbeitszeit, etwa chronische Beschwerden etc.?

**IHRE SCHULAUSSILDUNGEN** Wir benötigen Kopien relevanter Qualifikationen, wie Zeugnisse, Weiterbildungsnachweise etc.

Schultyp \_\_\_\_\_ Schulabschluss  ja  nein

Schultyp \_\_\_\_\_ Schulabschluss  ja  nein

Lehre \_\_\_\_\_ Lehrabschluss  ja  nein

**IHRE ZUSATZAUSBILDUNGEN** Wir benötigen Kopien relevanter Qualifikationen, bspw. Staplerschein, Facharbeiterbrief etc.

\_\_\_\_\_  ja, Abschluss, im Jahr \_\_\_\_\_  nein, kein Abschluss

\_\_\_\_\_  ja, Abschluss, im Jahr \_\_\_\_\_  nein, kein Abschluss

\_\_\_\_\_  ja, Abschluss, im Jahr \_\_\_\_\_  nein, kein Abschluss



**IHRE BERUFSERFAHRUNG**

| Unternehmen/Ort | Tätigkeit(en) | Bereich/Abteilung | Dauer (Monat/Jahr)  |
|-----------------|---------------|-------------------|---------------------|
| _____           | _____         | _____             | von _____ bis _____ |
| _____           | _____         | _____             | von _____ bis _____ |
| _____           | _____         | _____             | von _____ bis _____ |
| _____           | _____         | _____             | von _____ bis _____ |

**IHRE SCHWERPUNKT-ERFAHRUNG IN DIESEN TÄTIGKEITSFELDERN** Bitte notieren Sie zusätzlich die Dauer in Monaten.

|                      |                          |       |                         |                          |       |
|----------------------|--------------------------|-------|-------------------------|--------------------------|-------|
| Krankenhaus          | <input type="checkbox"/> | _____ | Sanatorium/Hospiz       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pflegeheim/Altenheim | <input type="checkbox"/> | _____ | ambulante Pflegedienste | <input type="checkbox"/> | _____ |

**IHRE FÄHIGKEITEN** Bitte kreuzen Sie an. Das kann ich „sehr gut“ (=1), das kann ich „gut“ (=2)!

**KRANKENPFLEGE**

- 1  2 Ernährung
- 1  2 Geriatrie
- 1  2 Bewegung/Lagerung
- 1  2 chron. Krankheiten
- 1  2 psych. Krankheiten
- 1  2 Sterbebegleitung
- 1  2 Suchtkrankheiten
- 1  2 Schlafüberwachung
- 1  2 Atmung
- 1  2 Blutabnahme
- 1  2 Betreuungsassistenz §87b
- 1  2 Körperpflege/Hygiene
- 1  2 Essenseingabe
- 1  2 Medikamentenverabreichung
- 1  2 Diabetes
- 1  2 Wundversorgung

**KRANKENPFLEGE Fortsetzung**

- 1  2 Altenpflege
  - 1  2 Heilerziehungspflege
  - 1  2 Arzthilfe
  - 1  2 Behindertenhilfe
- HAUSHALTSHILFE**
- 1  2 Essenszubereitung
  - 1  2 Kinderbetreuung
  - 1  2 Wäsche und Bügelarbeit
  - 1  2 Reinigung
  - 1  2 Gartenpflege
  - 1  2 Einkaufen
  - 1  2 Begleitung zu Arzt

**KINDER/JUGEND**

- 1  2 Kinderpflege
- 1  2 Kindergärten
- 1  2 Kinderkrippe

**KINDER/JUGEND Fortsetzung**

- 1  2 Erzieher
- 1  2 Hausaufgaben überwachen
- 1  2 Horterziehung
- 1  2 Sozialarbeit

**ZUSÄTZLICHE FÄHIGKEITEN**

Bitte kreuzen Sie an: ja (=j), nein (=n) und notieren Sie die Dauer in Monaten.

- j  n Kinder-/Jugendpflege \_\_\_\_\_
- j  n Intensiv-Pflege \_\_\_\_\_
- j  n psychiatrische Pflege \_\_\_\_\_

**IHRE BEREITSCHAFT** ja (=j), nein (=n)

- j  n bereit zur Wochenendarbeit
- j  n Schichtbereitschaft

**BITTE LASSEN SIE UNS IHRE WÜNSCHE ODER ABNEIGUNGEN WISSEN!**

Ihre besonderen Wünsche? \_\_\_\_\_ Eventuelle Abneigungen? \_\_\_\_\_

Wie lange soll die maximale Fahrzeit zur neuen Arbeitsstelle sein? \_\_\_\_\_



**ARBEITSMEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG** Bitte führen Sie nach dem Muster „G 25 TT.MM.JJJJ“ entsprechend an.

G \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**OPTIONALE BEANTWORTUNG** Wir unterstützen Ehrenämter und nehmen Bewerberinnen und Bewerber mit Ehrenämtern gerne auf.

Bekleiden Sie ein Ehrenamt? Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Bisheriger Stunden- bzw. Monatslohn (brutto)? \_\_\_\_\_

**ICH WURDE AUFMERKSAM AUF DIE MRPD DURCH** Bitte entsprechend ankreuzen, mehrfach möglich.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsagentur/Jobcenter | <input type="checkbox"/> Anruf vom MR            | <input type="checkbox"/> Print-Stellenanzeige      | <input type="checkbox"/> durch einen Mitgliedsbetrieb |
| <input type="checkbox"/> Social Media             | <input type="checkbox"/> Online-Stellenanzeige   | <input type="checkbox"/> Print-Werbeinschaltung    | <input type="checkbox"/> bei einer MR-Veranstaltung   |
| <input type="checkbox"/> Rundfunk                 | <input type="checkbox"/> Online-Werbeinschaltung | <input type="checkbox"/> Empfehlung MR-Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> durch einen MR-Flyer/Folder  |

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Ich versichere, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zur Auflösung eines möglichen späteren Arbeitsverhältnisses führen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten. Weiters bin ich damit einverstanden, dass meine Daten – in anonymisierter Form – an Kunden weitergegeben werden.

- Ich möchte mich ausschließlich auf die oben erwähnte Stelle bewerben. Meine Daten werden nach Ende des Bewerbungsverfahrens gelöscht.
- Ich möchte, dass Sie mich für Stellen, die meinem Profil oder meiner Bewerbung entsprechen, kontaktieren. Bitte belassen Sie mich für ein Jahr in der Liste von Bewerberinnen und Bewerbern. Sofern kein weiterer Kontakt zustande kommt, werden die Daten gelöscht. (Da wir viele saisonale Stellen ausschreiben, würden wir gerne Ihre Daten bis zur nächsten Saison aufbewahren.)

Ich willige einer kostenlosen Vermittlung eines Arbeitsverhältnisses mit einem Dritten zu. Selbstverständlich werden personenbezogene Daten jederzeit auf Wunsch des Betroffenen gelöscht. Allfällige Kosten, die Ihnen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens entstehen sollten, können von der MRPD nicht ersetzt werden.

.....

Datum, Unterschrift Bewerber oder Bewerberin