



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