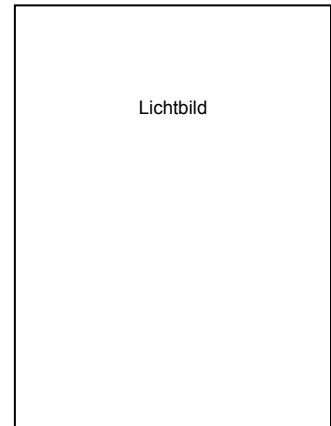


Personalfragebogen für Tarifbeschäftigte

Beantworten Sie bitte sämtliche Fragen in lesbarer Schrift (gegebenenfalls Druckschrift). Daten geben Sie bitte mit Tag, Monat und Jahr an. Sollte eine Frage auf Sie nicht zutreffen, ist das Wort „entfällt“ einzusetzen. Etwaige Zweifel bei der Beantwortung der Fragen können Sie bei der Personalstelle der Verwaltung klären. Aus dem von Ihnen ausgefüllten Personalfragebogen können Sie keine Ansprüche herleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Antworten, die einer Bewertung unterliegen, stets die Gesamtumstände des persönlichen Werdegangs berücksichtigt werden.



**Zutreffendes bitte ankreuzen!
 Bei nicht ausreichendem Platz bitte weitere Angaben auf besonderem Blatt beifügen und unterschreiben!**

Vom Bewerber - Von der Bewerberin – auszufüllen			
1.	Name (ggf. auch Geburtsname)		
2.	Vorname (Rufname unterstreichen)		
3.	Geboren am <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	in	Staatsangehörigkeit
4.	Anschrift		Telefon
5.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div> <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> überlebende / überlebender eingetragener/r Lebenspartner/in	
6.	Vor oder Zunamen (ggf. Geburtsname) des Ehegatten / der Ehegattin / des eingetragenen Lebenspartners / der eingetragenen Lebenspartnerin:		geboren am <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>
7.	Kinder:	Namen und Vornamen	geboren am
			Wird Kindergeld gezahlt ¹
	1.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - falls ja: Familienkasse (Zahlende Stelle): Kindergeld-Nr.:
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	
	2.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - falls ja: Familienkasse (Zahlende Stelle): Kindergeld-Nr.:
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	
	3.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - falls ja: Familienkasse (Zahlende Stelle) Kindergeld-Nr.:
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	
	4.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - falls ja: Familienkasse (Zahlende Stelle): Kindergeld-Nr.:
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	
	5.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja: Familienkasse (Zahlende Stelle): Kindergeld-Nr.:
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div>	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

¹ Hinweis: Für die Berücksichtigung bei der Pflegeversicherung bitte auch Kinder unabhängig von einem etwaigen Kindergeldbezug angeben.
 TU Berlin - Vordruck: TUB - Abt.II, Personalfragebogen, V1.00, 2010_11_30.docx - PDF

Personalfragebogen
für Tarifbeschäftigte, Forts.

8.	Sind Sie anerkannte/r Schwerbehinderte/r?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls ja: Grad der Behinderung (GdB):	
			lt. Schwerbehindertenausweis Nr.:	vom
	Sind Sie von der Agentur für Arbeit einem Schwerbehinderten gleichgestellt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls ja: Grad der Behinderung (GdB):	
			lt. Bescheid der Agentur für Arbeit vom	
<i>Bei den Fragen 11 bis 14 geben Sie bitte auch eine zurzeit laufende Schul-, Hochschul- oder Berufsausbildung bzw. laufende Aus- und Weiterbildungskurse an!</i>				
9.	Allgemeinbildende Schule:		vom	bis
	Schulabschluss:			
10.	Weiterführende Schulbildung (z. B. Berufsfachschule, Fachoberschule, Handelsschule)			
	Art bzw. Name der Schule:	in	vom	bis zum
		in	vom	bis zum
		in	vom	bis zum
	Prüfung bzw. Abschluss:			bestanden am
11.	Studium an einer Hochschule (einschließlich Fachschule, Fachhochschule, Akademie)			
	Art des Studiums / Fachrichtung		vom	bis zum
			vom	bis zum
	besuchte Hochschulen:			
	Art der Abschlussprüfung:			bestanden am
	<input type="checkbox"/> Bachelor	als	am	
	<input type="checkbox"/> Master	als	am	
	<input type="checkbox"/> Magister	als	am	
	<input type="checkbox"/> Diplom	als	am	
	<input type="checkbox"/> staatl. Anerkennung / Erlaubnis	als	am	
	<input type="checkbox"/> Promotion	zum	am	
	<input type="checkbox"/> Approbation als Arzt / Ärztin	für	am	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Personalfragebogen
für Tarifbeschäftigte, Forts.

	<input type="checkbox"/> Facharzt / -ärztin	für bzw. Gebietsbezeichnung		am
				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1. Staatsprüfung			am
				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2. Staatsprüfung			am
			<input type="checkbox"/>	
			am	
			<input type="checkbox"/>	
			am	
			<input type="checkbox"/>	
12.	Berufsausbildung, Fortbildung einschl. Weiterbildung u. Umschulung			
Art / Fach		vom	bis zum	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausbildungsstätte				
<input type="checkbox"/> Bezeichnung der Abschlussprüfung			bestanden am	
				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meisterprüfung	als			bestanden am
				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Ausbildungen sowie Prüfungen			bestanden am	
				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			bestanden am	
				<input type="checkbox"/>
13.	Besondere Kenntnisse und Fertigkeiten, insbesondere für die auszuübenden Tätigkeit, z. B. Fremdsprachen (Umfang der Kenntnisse, Prüfungen, Zertifikat), Führerschein (Klasse)			
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
14.	Standen Sie in der Vergangenheit jemals in einem Arbeits- oder sonstigem Beschäftigungsverhältnis mit der TU Berlin?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
15.	Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der Sozialversicherung?	Nr.:		
16.	Sind Sie Mitglied einer Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls „ja“, bei welcher?	
17.	Beziehen Sie Renten, Versorgungs- bzw. Hinterbliebenenbezüge?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls „ja“: Art der Feststellungsbehörde:	
		<input type="checkbox"/> ich habe eine Antrag gestellt		

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Personalfragebogen
für Tarifbeschäftigte, Forts.

18.	Waren Sie jemals bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert (Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung, beitragsfreie Versicherung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls „ja“, bei: Vers.: _____ Vers.-Nr.: _____																																										
	Haben Sie Beiträge / Beitragsanteile zurückgezahlt / erstattet erhalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																										
	Wurde eine Abfindung gewährt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																										
	Hat Ihr letzter oder ein früherer Arbeitgeber Ihnen Zuschüsse zu den Beiträgen für eine Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne §6 Abs. 1 SGB VI (z.B. Ärzteversorgung) gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls „ja“, folgender Arbeitgeber: vom <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis zum <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																										
19.	Werden Sie nach Einstellung eine Nebentätigkeit / andere Tätigkeit ausüben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls „ja“, folgende:																																										
20.	Laufen gegen Sie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen oder ist damit zu rechnen, dass Teile Ihres Arbeitsentgelts auf Grund ihrer Lohnpfändung oder Abtretungserklärung an Dritte abgeführt werden müssen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - falls ja: machen Sie bitte nähere Angaben gesondert.																																										
21.	Ist Ihnen die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																										

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben bei etwa erfolgter Einstellung eine Kündigung nach sich ziehen kann.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle meiner Einstellung jede Änderung der in den Nummern 1 bis 19 angegebenen Verhältnisse unaufgefordert meiner Personalstelle mitzuteilen habe.

Mit ist ferner bekannt, dass im Falle meiner Einstellung personenbezogenen Daten gespeichert werden, soweit dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

_____, den _____
Ort Datum Vornamen und Namen, ggf. Geburtsname

Fügen Sie bitte dem Fragebogen bei:

- 1 etwa notwendige Ergänzungen zu Ihren Antworten auf einzelne Fragen
- 2 Kopien (**nicht** Originale) Ihrer Prüfungs- und Beschäftigungszeugnisse