

## Anlage zur Bewerbung bei der Berufsfeuerwehr Würzburg

(Nachwuchskräfte für die 2. oder 3. Qualifikationsebene)

Allgemeine Angaben			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Geburtsort:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Festnetztelefon: <i>(soweit vorhanden)</i>			
Mobiltelefon:			
E-Mail-Adresse:			
Staatsangehörigkeit: <i>(bei doppelter Staatsangehörigkeit sind beide anzugeben)</i>			

Erweiterte Angaben		
Körpergröße in cm:		
Sehhilfe:	Brille	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehstärke: <i>(anzugeben ist die unkorrigierte Sehstärke)</i>	rechtes Auge	
	linkes Auge	
Aktiver Impfschutz: <i>(notwendig für die Ausbildung zum/r Rettungssanitäter/in)</i>	Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Schul(aus)bildung</b> <i>(anzugeben in chronologischer Reihenfolge)</i>		
<b>Zeitraum von/bis:</b> <small>(Angabe von jeweils Monat und Jahr)</small>	<b>Schulart:</b>	<b>Abschlussnote:</b>
<b>höchster Schullabschluss:</b>		<b>Abschlussnote/ Durchschnitt:</b>

<b>Berufs(aus)bildung</b> <i>(anzugeben in chronologischer Reihenfolge)</i>		
<b>Zeitraum von/bis:</b> <small>(Angabe von jeweils Monat und Jahr)</small>	<b>Berufsbezeichnung:</b> <small>(gem. Prüfungszeugnis)</small>	<b>Abschlussnote:</b>

<b>Beruflicher Werdegang</b> <i>(anzugeben in chronologischer Reihenfolge; hier sind auch beschäftigungslose Zeiträume anzugeben)</i>		
<b>Zeitraum von/bis:</b> <small>(Angabe von jeweils Monat und Jahr)</small>	<b>Art der Tätigkeit:</b>	<b>Arbeitgeber:</b> <small>(Bezeichnung und Ort)</small>
<b>aktuell ausgeübte Tätigkeit:</b>		

<b>Studium</b> <i>(anzugeben in chronologischer Reihenfolge)</i>		
<b>Zeitraum von/bis:</b> (Angabe von jeweils Monat und Jahr)	<b>Studiengang:</b> (gem. Bachelor-, Master-, Diplom- und/oder Promotionszeugnis)	<b>Abschlussnote:</b>

<b>Wehr- oder Zivildienst / Ehrenamt / freiwilliges soziales Jahr / Bundesfreiwilligendienst</b> <i>(anzugeben in chronologischer Reihenfolge)</i>	
<b>Zeitraum von/bis:</b> (Angabe von jeweils Monat und Jahr)	<b>Bezeichnung:</b> (gem. Bestätigung)

<b>Soldatenversorgungsgesetz</b> <i>(nur auszufüllen von Soldaten/Soldatinnen auf Zeit)</i>	
<b>Besteht Anspruch nach dem SVG ?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Teilnahme am Verfahren mit Zulassungsschein gewünscht ?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Rettungsdienst</b> <i>(ggf. Angabe bei erfolgreich abgeschlossener Ausbildung)</i>		<b>Prüfungsdatum:</b>
<b>Rettungssanitäter/in:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Rettungsassistent/in:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Notfallsanitäter/in:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Führerschein</b> (ggf. Angabe bei erfolgreich abgeschlossener Ausbildung)		Prüfungsdatum:
Fahrerlaubnisklasse B:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fahrerlaubnisklasse C1:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fahrerlaubnisklasse C:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fahrerlaubnisklasse CE:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Sportabzeichen</b> (ggf. Angabe bei erfolgreich abgeschlossener Teilnahme)		Stufe:	Prüfungsdatum:
Deutsches Sportabzeichen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Deutsches Schwimmbzeichen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

<b>Sonstige Angaben</b>	
Haben Sie sich bereits früher schon einmal bei der Berufsfeuerwehr Würzburg beworben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	ggf. wann ?:
Ist gegen Sie ein polizeiliches, staatsanwaltschaftliches oder gerichtliches Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	ggf. Grund ?:
Sind Sie gerichtlich vorbestraft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wo befindet sich Ihr Lebensmittelpunkt?	

Ich erkläre hiermit, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei falschen, unvollständigen oder irreführenden Angaben mit der Rücknahme der Ernennung zum/r Beamten/in zu rechnen habe.

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf eine Einstellung habe und die mit den Einstellungsvorbereitungen verbundenen Kosten (Verdienstausfall, Personalpapiere, eventuell notwendige fachärztliche Gutachten usw.) selbst tragen muss.

Mir ist bekannt, dass der Sporttest zur Feststellung der körperlichen Eignung für den Feuerwehrdienst auf eigene Gefahr stattfindet und ich erkläre mich hiermit einverstanden.

Ort, Datum:		Unterschrift:	
-------------	--	---------------	--