

# Omega $\Omega$ Wache

S i c h e r h e i t s - & B e w a c h u n g s d i e n s t e  
w w w . o m e g a - w a c h e . c h

## Bewerbungsformular

(handschriftlich ausfüllen)

Anstellung als \_\_\_\_\_

Hauptberuflich       Teilzeit       Vorübergehend von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Arbeitsantritt frühestens am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

AHV Nr.: \_\_\_\_\_ an oben genannter Adresse wohnhaft seit \_\_\_\_\_ Jahren

Telefon P: \_\_\_\_\_ Fax P: \_\_\_\_\_

Telefon G: \_\_\_\_\_ Fax G: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_ E Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Niederlassungsbewilligung:    A     B     C

Zivilstand:     ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden     getrennt

Name und Vorname des Partners / Partnerin / Ehegatten ( Mädchenname): \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname und Geburtsdatum der Kinder: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Fähigkeitsausweis:     Ja     Nein

Momentane Tätigkeit und Funktion: \_\_\_\_\_

Zusatzausbildung: \_\_\_\_\_

Bankverbindung IBAN: \_\_\_\_\_ Bank Ort: \_\_\_\_\_

---

Sprachkenntnisse:	Schriftlich	mündlich
Muttersprache: _____	gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
Fremdsprachen: _____	gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
_____	gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
_____	gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>

---

Militärdienst-/Zivildienstpflichtig:  ja  nein Grund: \_\_\_\_\_

Truppengattung: \_\_\_\_\_ Funktion/Rang: \_\_\_\_\_ Einteilung: \_\_\_\_\_

Aspirieren Sie auf einen nächst höheren Rang?:  ja  nein / wenn ja auf welchen?: \_\_\_\_\_

---

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand momentan:  gut  schlecht Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten, Unfälle, Behinderungen, Allergien: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten Jahren Drogen konsumiert?:  ja  nein

Haben Sie in den letzten Jahren einen Alkoholentzug gemacht?:  ja  nein

Haben oder müssen Sie starke Medikamente zu sich nehmen?:  ja  nein

Wenn ja welche?: \_\_\_\_\_

---

Sind Sie bevormundet oder haben Sie einen Beistand?:  ja  nein

Laufen zur Zeit Betreibungen gegen Sie?:  ja  nein

Haben Sie Schulden?:  ja  nein

Wenn ja welche?: \_\_\_\_\_

Haben Sie allfällige Strafen oder Bussen?:  ja  nein

Wenn ja welche?: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ein Strafverfahren verwickelt?:  ja  nein

Wenn ja welche?: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Besuchte Schulen

Ort:

von:

bis:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

---

Arbeitgeber (seit der Lehrzeit):

Vollständige Adresse:

Funktion:

von / bis:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

---

Haben Sie bereits im Sicherheitsdienst gearbeitet?:

ja

nein

Wenn ja, wo und als was: \_\_\_\_\_

Sind Sie im Besitz einer Waffentragebewilligung?  ja  nein Tragschein Nr.: \_\_\_\_\_ Kt: \_\_\_\_\_

Für welche Art von Waffen?:  Handfeuerwaffen  Faustfeuerwaffen  Ausnahmbewilligung für \_\_\_\_\_

Sind Sie Besitzer einer Dienst- bzw. Faustfeuerwaffe, wenn ja Modell & Typ: \_\_\_\_\_

---

Was haben Sie für Hobbys und Freizeitaktivitäten?: \_\_\_\_\_

---

Eigenes Fahrzeug:  Velo  Mofa  Kleinmotorrad  Motorrad  Auto  LKW  Car

Führerausweis für:  Taxi  Mofa  Kleinmotorrad  Motorrad  Auto  LKW  Car

---

Besitzen Sie einen diensttauglichen Hund?

ja

nein

Wenn ja welche Rasse: \_\_\_\_\_ Name des Hundes: \_\_\_\_\_

Alter des Hundes: \_\_\_\_\_ Absolvierte Prüfungen: \_\_\_\_\_

---

