

# Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)



Name der Firma:

Name des Mitarbeiters:

## Persönliche Angaben (\* Pflichtangaben!)

Familienname ggf. Geburtsname *	Vorname *
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz *	PLZ, Ort *
Rentenversicherungsnummer gem. Sozialvers. Ausweis * (8 Nummern 1 Buchstabe 3 Nummern)	Geschlecht * <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr. *	Geburtsdatum *
Familienstand *	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit *	Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau
IBAN *	Bankleitzahl (BIC)

## Beschäftigung (\* Pflichtangaben!)

Eintrittsdatum *	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte
Ausgeübte Tätigkeit *		
Höchster Schulabschluss * <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufsausbildung * <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/ gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion	
Beginn der Ausbildung:		Voraussichtliches Ende der Ausbildung:
Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)	Wöchentliche /Tägl. Arbeitszeit * <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Im Baugewerbe beschäftigt seit

## Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet	

## Steuer (\* Pflichtangaben!)

Identifikationsnummer (11-stellige Nummer) *
--

## Sozialversicherung (\* Pflichtangaben!)

Krankenversicherung * <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung *
--	--

**Entlohnung**

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
-------------	--------	-----------	-------------	-----------

**VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt**

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnummer
IBAN	Bankleitzahl/ (BIC)	

**Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr**

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

**Erklärung des Arbeitnehmers:** Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_ Datum                          \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer                          \_\_\_\_\_ Datum                          \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber