|  |  |
| --- | --- |
| UT_WBMW_Schwarz_RGB | **PERSONALBOGEN** |
| Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen. Bitte Zutreffendes ankreuzen ⌧ |
| Amts/Dienstbezeichnung | Anrede/Akad. Grad |  |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anrede/Titel | Lichtbild |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| Geburtsname |  | Geburtsdatum |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsort | Telefon (Vorwahl u. Rufnummer)       |
| Anschrift (Straße/Hausnummer) | PLZ | Wohnort |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Staatsangehörigkeit | Aufenthaltstitel bis | Arbeitserlaubnis bis | Geschlecht[ ]  m [ ]  w |
| Familienstand[ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  eingetragene Lebenspartnerschaft | [ ]  verwitwet [ ]  geschieden |
| Ehegatte / Ehegattin / Eingetragener Lebenspartner / Eingetragene Lebenspartnerin |
| Familien-(Geburts)name: Vorname  |
| KinderAnzahl  Geburtsjahr(e)  |
| Nur bei minderjährigen Bewerbern: Eltern, sonst. gesetzliche VertreterFamilien-(Geburts)name Vorname Anschrift (nur wenn von oben abweichend)   |
|  | Schwerbehinderte, Gleichgestellte sowie sonstige Erwerbsbehinderte |
|  | Nachweis (Behörde, Datum, Aktenzeichen). Bitte Behindertenausweis (Kopie) beifügen. |
|  |       |
|  |  |

Stand: 03.07.2013

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Versorgungsbezüge** |
|  | Ich erhalte Versorgungsbezüge nach |
|  | [ ]  beamtenrechtlichen Vorschriften |
|  | [ ]  aus Verwendung im öffentlichen Dienst in einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung. |
|  | Aktenzeichen/Personalnummer      |  |  | Zahlende Stelle/Kasse:      |
|  |  |
|  |  |
|  | **Schul-, Fachschul- und Hochschulbildung** |  | – besuchte Schulen, Berufs- u. Fachschulen, höhere Fachschulen, |
|  | von/bis |  |  | Hochschulen und Universitäten (Studienfächer bitte angeben) |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Prüfungen** (an den obengenannten Bildungsstätten)  |  |
|  | Datum |  |  | Art (auch Promotion und Habilitation) |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Prüfungen für den öffentlichen Dienst** (Laufbahnprüfungen) |  |  |  |  |
|  | Datum |  |  | Art |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |       |  |
|  | **Sonstige Prüfungen** (z.B. Schreibprüfungen, Sekretärinnen- u. EDV-Kurse, Meister- u. Sprachprüfungen) |  |
|  | Datum |  |  | Art |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Berufstätigkeit** (bitte genaue Daten, nicht nur Jahreszahlen – Nachweise bitte beifügen, Fotokopien genügen) |  |
|  | **Lückenlose Darstellung** in zeitlicher Reihenfolge der gesamten Beschäftigungszeiten außerhalb und innerhalb des öffentlichen Dienstes(auch Lehrzeiten, Zeiten ohne Berufstätigkeit, Zeiten als Wiss. Hilfskraft) |  |
|  | von/bis |  |  | Art |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Wehr- und Zivildienst** |  |
|  | von/bis |  |  | Wehrdienst, Zivildienst |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Nebentätigkeiten.**Ich beabsichtige – unter Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen – eine Nebentätigkeit / eine weitere Beschäftigung auszuüben.[ ]  nein [ ]  ja |  |
|  | **Hinweis:**  Ihre Einstellungspapiere enthalten eine Anzahl personenbezogener durch das Datenschutzgesetz geschützter Daten. Diese Daten werden ausschließlich zur Führung der Gehalts- und Personaldatei gespeichert und verwendet. Anschriftenänderungen werden dem Landesamt für Besoldung und Versorgung übermittelt.**Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind und *verpflichte mich, Änderungen mitzuteilen.*** |  |
|  | Ort/Datum |  |  | Unterschrift |  |
|  |  |  |