

# Personalfragebogen Praktikant

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

Bitte vollständig ausfüllen, anderenfalls ist eine Abrechnung nicht möglich.

## Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Versicherungsnummer gem. Sozialversicherungsausweis	Familienstand	
Geburtsort, -land.	Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit		
Kontonummer (IBAN)  oder <input type="checkbox"/> Barzahlung	Bankleitzahl (BIC)  Bankbezeichnung	

## Beschäftigung

Eintrittsdatum	Betriebsstätte	
Art des Praktikums	Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> vorgeschriebenes Praktikum <input type="checkbox"/> nicht vorgeschriebenes Praktikum	<input type="checkbox"/> Vorpraktikum <input type="checkbox"/> Zwischenpraktikum <input type="checkbox"/> Nachpraktikum	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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	
wöchentl. / tägl. Arbeitszeit:  ___ / ___ <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.	Verteilung der wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo   Di   Mi   Do   Fr   Sa   So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)
Kostenstelle	Abt.-Nummer	Personengruppe

## Zeitraum des Praktikums:

Beginn:	Ende:
Absolvierung während der Semesterferien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Dauer der Semesterferien:	

# Personalfragebogen Praktikant

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

## Steuer

Identifikationsnr.	Steuerklasse / Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
--------------------	-----------------------	-------------------	------------

## Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)			Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
KV	RV	AV	PV	UV - Gefahrtarif

## Entlohnung

Ohne Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/>				
Mit Arbeitsentgelt:	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

## Angaben zu den Arbeitspapieren (in Kopie)

Immatrikulationsbescheinigung (bitte fortlaufend einreichen!)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor

**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	_____ Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		