



FEUERWEHR SCHARANS

Telefon 081 651 20 20 oder 078 867 44 45

Anmelde- und Fragebogen

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Beruf:

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Arbeitsort: E-Mail:

Haben Sie schon in einer anderen Feuerwehr Dienst geleistet?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wo und in welcher Funktion?

Spezialausbildung (z.B. Atemschutz, LKW-Prüfung)?

Leiden Sie unter Höhenangst (Schwindel)?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Platzangst?

☐ ja

☐ nein

Könnten Sie während des Tages (arbeitsbedingt) bei einem Brandfall innert 10 Minuten in Scharans sein?

☐ ja

☐ nein

Beabsichtigen Sie, die nächsten 4 - 5 Jahre in Scharans wohnhaft zu bleiben?

☐ ja

☐ nein

Wären Sie eventuell bereit, in den nächsten Jahren innerhalb der Feuerwehr Scharans bei Eignung eine Kaderaufgabe zu übernehmen?

☐ ja

☐ nein

Wären Sie bereit, Ihren Feuerwehrdienst bei Eignung (ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung) im Atemschutz zu leisten?

☐ ja

☐ nein

Ich erkläre, an keinen körperlichen oder psychischen Krankheiten / Behinderungen zu leiden, welche die Dienstleistung in der Feuerwehr erschweren oder die Gesundheit gefährden könnten.

Weiter nehme ich zur Kenntnis, dass gemäss Feuerwehrverordnung der Gemeinde Scharans kein Anspruch auf aktiven Feuerwehrdienst besteht. Ueber Sollbestand und Einteilung zum aktiven Dienst entscheidet die Feuerwehrkommission.

Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen dafür, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu beantworten. Die Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte geben Sie den Fragebogen auf der Gemeindeverwaltung Scharans ab. Danke.

Feuerwehrkommission Scharans