

# Aufnahmeantrag für die Feuerwehr der Stadt Gera

Hiermit beantrage ich, .....

geb. am: .....

geb. in: .....

wohnhaft in: ..... Gera , .....

entsprechend der Satzung über die Feuerwehr der Stadt Gera die Aufnahme in die

**FF Gera-** .....

Begründung:

.....  
.....

Ich erkenne die Rechtsstellung und Pflichten eines Feuerwehrangehörigen entsprechend der Satzung für die Feuerwehr der Stadt Gera sowie § 13 und 14 des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes (ThürBKG) in der Fassung der Neubekanntmachung vom 5. Februar 2008 (GVBl. S. 22) und die daraus resultierenden Ordnungswidrigkeitsvorschriften gemäß § 50 Absatz 1 ThürBKG an.

Mir ist bekannt, dass die Zustimmung des Leiters der Feuerwehr zum Aufnahmeantrag bis zur Feststellung meiner körperlichen und geistigen Tauglichkeit für den Feuerwehrdienst vorläufig ist.

Die körperliche und geistige Eignung ist vorhanden.

Die Tauglichkeit nach G 26.3 – Atemschutz ist vorhanden.

Das 16. Lebensjahr ist vollendet.

Das 6. Lebensjahr ist vollendet.

Datum/Unterschrift

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

**Befürwortet:**

Datum

Wehrführer

**Genehmigt:**

Datum

Leiter der Feuerwehr

**Freiwilligen Feuerwehr Gera- \_\_\_\_\_**

Anrede: Herr/Frau \_\_\_\_\_ Dienstgrad: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Dienststellung: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Geschlecht: M/W \_\_\_\_\_

---

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Handy privat: \_\_\_\_\_  
Tel. gesch.: \_\_\_\_\_ Handy gesch.: \_\_\_\_\_  
Fax privat: \_\_\_\_\_ SMS-Nr.: \_\_\_\_\_  
Fax gesch.: \_\_\_\_\_ E-Mail gesch.: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_

---

Ehrung ab: \_\_\_\_\_ Beförder. ab: \_\_\_\_\_

---

Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Fw.-Rente: \_\_\_\_\_

---

FW-Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_ Gültig von: \_\_\_\_\_

---

Schulabschl.: \_\_\_\_\_ Studium: \_\_\_\_\_  
Geb.-Name: \_\_\_\_\_  
Staatsangeh.: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Führerscheinklassen: \_\_\_\_\_ Führerschein-Nr: \_\_\_\_\_

---

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf (erl.): \_\_\_\_\_ Beruf (ausg.): \_\_\_\_\_  
Fam.stand: \_\_\_\_\_ Lebenspartner: \_\_\_\_\_  
Hochzeitstag: \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

---

BLZ / Bank: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

---

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
Dioptrien links: \_\_\_\_\_ Fahrbrille: Ja/Nein  
Dioptrien rechts: \_\_\_\_\_ Maskenbrille: Ja/Nein  
Krankheiten: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_