

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: _____

