

# VORSTELLUNGSGESPRÄCH

Bitte senden Sie dieses Formular möglichst 14 Tage vor den geplanten Terminen direkt an den Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und die für Ihren Fachbereich/Ihre Einrichtung/Ihre Abteilung/Ihren Bereich zuständige Dezentrale/Zentrale Gleichstellungsbeauftragte.



Fachbereich/Institut/Einrichtung /Abteilung

Frankfurt am Main, den \_\_\_\_\_

---

---

---

An den Personalrat

An die Vertretung der Schwerbehinderten  
(**soweit** schwerbehinderte Bewerber/-innen)

An die Dezentrale/Zentrale  
Gleichstellungsbeauftragte

Zu besetzende Stelle (Stellenbezeichnung): \_\_\_\_\_

Eingruppierung/Besoldung: \_\_\_\_\_

Anzahl der Bewerbungen: \_\_\_\_\_

Ein Test (z.B. Schreibtest) ist vorgesehen

davon weiblich: \_\_\_\_\_

ja

davon schwerbehindert

nein

/gleichgestellt:

**Ein Auswahlgespräch ist nicht vorgesehen, da nach Aktenlage entschieden wird.**

**Teile der Auswahlgespräche finden in englischer Sprache statt.**

**Ein Auswahlgespräch ist vorgesehen:**

Interne/r schwerbehindert/  
Bewerber/in gleichgestellt

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Raum: \_\_\_\_\_

Die Unterlagen können eingesehen werden (Ort, Raum, Zeitraum):

---

Sollten Sie von Ihrem Teilnahmerecht keinen Gebrauch machen wollen, bitte ich um umgehende Nachricht.

Name

E-Mail

Telefonnummer

Im Auftrag