

Informationen für Bewerber

Auswahltag



Bewerbung



Online-Test



Eignungstest



Auswahltag



Vertrag

Wie sieht mein Auswahltag aus?



Anfahrt

- Anreise per PKW?
Nutzen Sie die öffentlichen Besucherparkplätze.
- Sie erreichen uns auch mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Der beigelegte Wegweiser hilft Ihnen.
- Unsere Adresse: BASF Schwarzheide GmbH, Naundorfer Straße, Bau V413, 01986 Schwarzheide



Vorbereitung

Wie kann ich mich vorbereiten?

- Infos unter www.basf.com/ausbildung



Anmeldung

Wo muss ich hin?

- Bitte begeben Sie sich, mit dem Einladungsschreiben und Ihrem Personal-, Kinder- oder Schülerschein, in das Gebäude V413, gegenüber von Tor 8. Der Eingang ist hofseitig und folgen dem Wegweiser.
- Sollten Sie sich verspäten, begeben Sie sich bitte direkt in den im Einladungsschreiben angegebenen Raum 005.



Ansprechpartner

An wen kann ich mich wenden?

- Bei Fragen im Vorfeld an Recruiting Services Europe unter der **00800 33 0000 33** oder per E-Mail an ausbildung@basf.com.



Ablauf

Wie läuft der Auswahltag ab?

- Einzelgespräche und Gruppenübungen mit Mitarbeitern aus der Ausbildung und anderen Einheiten.
- Bei positiv verlaufendem Auswahltag, erfolgt eine Berufstauglichkeitsuntersuchung durch den werksärztlichen Dienst.



Reisekosten

Sie wohnen weiter als 30 km vom Standort entfernt?

- Wir erstatten die Kosten für die Bahnfahrt 2.Klasse von Ihrem Wohnort zu uns und zurück.
- Oder wir erstatten Ihnen eine Kilometerpauschale pro zurückgelegtem Kilometer, wenn Sie mit dem Auto anreisen (siehe Reisekostenerstattungsformular).
- Sollten Sie Ihre Anreise vor 06:00 Uhr antreten müssen, übernehmen wir bis zu 50,- € für Ihre Hotelübernachtung (Anhang Hotelliste).
- Bei Anreise aus dem Ausland erstatten wir Ihnen die Kosten ab der deutschen Grenze.



Reisekostenerstattung

Wie reiche ich meine Reisekosten ein?

- Wir benötigen das beigefügte Reisekostenerstattungsformular schnellstmöglich, jedoch spätestens 3 Monate nach Ihrem Eignungstest, ausgefüllt zurück. Nach Ablauf der Frist ist eine Erstattung Ihrer Reisekosten leider ausgeschlossen.
- Bitte schicken Sie Ihr Reisekostenerstattungsformular zusammen mit allen Belegen per E-Mail an: invoicing-support@basf.com. Alternativ können Sie das ausgefüllte Formular mit allen Original-Belegen per Post an die auf dem Formular genannte Adresse senden.
- Wir werden Ihnen schnellstmöglich die angefallenen Reisekosten auf Ihr Konto überweisen. Die Bearbeitungsdauer beträgt 6 - 8 Wochen.



Abschließende Bitte

Ich kann doch nicht kommen ...

... seien Sie dann bitte so fair und sagen den Termin ab.

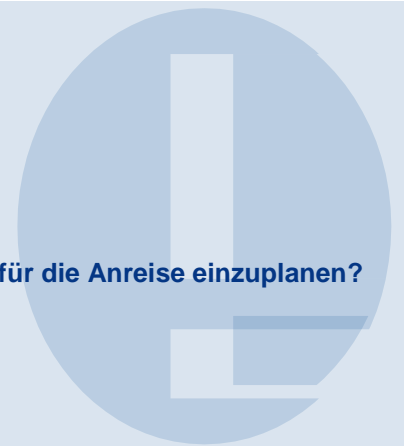
Erscheinen Sie nicht zum Gespräch, ohne uns vorher zu informieren, müssen wir Sie leider vom weiteren Auswahlverfahren ausschließen. Bitte informieren Sie uns auch über eine eventuelle Verspätung.

Sollten Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bringen Sie bitte an diesem Tag auch das Ergebnis der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz § 32 mit. Sollte diese Untersuchung noch nicht erfolgt sein, lassen Sie sich durch den jugendärztlichen Dienst Ihres Heimatkreises oder einen berechtigten Arzt untersuchen.

Meine Checkliste:

Habe ich daran gedacht, ...

- ... den Termin zu bestätigen?
- ... meine vollständigen Unterlagen im Bewerberprofil aktuell zu halten?
- ... mich bei meiner Schule mit der Einladung freistellen zu lassen?
- ... mich auf das Auswahlverfahren vorzubereiten?
- ... mich über BASF und den Standort zu informieren und ausreichend Zeit für die Anreise einzuplanen?
- ... meinen Personal-, Kinder- oder Schülerschein mitzubringen?
- ... bei Bedarf meine Seh- und Hörhilfe einzupacken?
- ... mir bei Bedarf etwas Verpflegung mitzunehmen?
- ... den Erhebungsbogen (Seite 6+7) auszudrucken, auszufüllen und ihn unterschrieben mitzubringen?



Bitte berücksichtigen Sie das Rauch-, Alkohol- und Fotografierverbot auf dem BASF-Gelände. Das Mitbringen von Glasbehältern ist aus Sicherheitsgründen untersagt.

Chemie, die verbindet.

Damit Wunsch Beruf liebt.



Anfahrt

- **Anschrift**

BASF Schwarzzeide GmbH
Naundorfer Straße, Bau V413
01986 Schwarzzeide, Raum 005
(Service- und Konferenzraum)

Bitte lassen Sie sich von Ihrem Navi in die Hausnummer 34 fahren, dann sind Sie ebenfalls auf dem richtigen Weg.

- **Anfahrt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln**

Ab Bahnhof Schwarzzeide Ost:

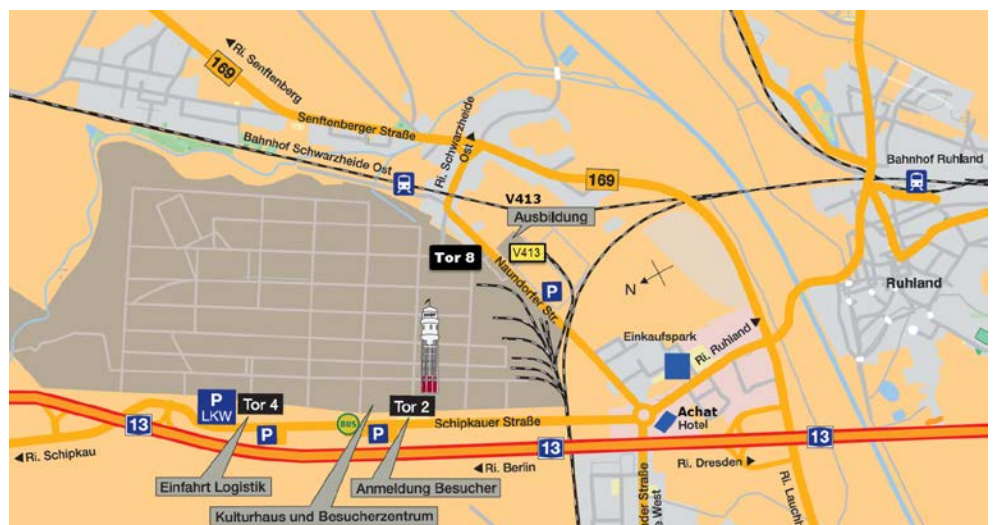
ca. 300m zum BASF Standort
kurzer Fußweg (siehe Skizze) **Ab**

Bahnhof Ruhland:

ca. 3km zum BASF Standort
Buslinie 610 ab Ruhland
Busbahnhof bis Schwarzzeide
Ärztehaus

Aus Richtung Senftenberg oder Lauchhammer:

Buslinie 601 bis Haltestelle
„Schwarzzeide Naundorf“



- **Anfahrt mit dem PKW**

Bitte nutzen Sie den öffentlichen
Besucherparkplatz.

Informationen für Bewerber

Hotelliste



Für eine Übernachtungsmöglichkeit können Sie das folgende Hotel kontaktieren:

[Hotel in der Umgebung](#)

ACHAT Premium Schwarzheide/ Spreewald (ca. 3 Min. Fußweg Entfernung zum BASF Standort)

Ruhlander Straße 75, 01987 Schwarzheide

Tel. 03 57 52/84 -0

Fax 03 57 52/84 -100

Internetadresse: www.achat-hotels.com/de/hotel/schwarzheide

Bitte reservieren Sie sich hier ein Standard-Einzelzimmer mit Frühstück.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, das reservierte Zimmer rechtzeitig zu stornieren, da Ihnen sonst die Kosten des nicht genutzten Zimmers in Rechnung gestellt werden.

Chemie, die verbindet.

**Damit Wunsch
Beruf liebt.**



Reisekostenerstattungsformular

BASF Schwarzheide GmbH
Entity 0079 / USERID WODDOWBR
T&E applicants / Europe 5313931
10899 Berlin

Für die schnellstmögliche Bearbeitung senden Sie uns Ihren Antrag zusammen mit allen Belegen bitte per E-Mail an: invoicing-support@basf.com. Alternativ können Sie das ausgefüllte Formular mit allen Original-Belegen an die oben aufgeführte Adresse senden. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____

Straße + Haus-Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Testtag Auswahltag medizinische Untersuchung Schnuppertag/ Praktikum Datum: _____
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ausbildungsberuf: _____

Ort Reisebeginn: _____ Ort Reiseziel: _____
(bei PKW Anreise)

Kilometergeld: _____ km x 0,30 € = _____ €
für Hin- u. Rückfahrt (bei PKW Anreise)

Gesamterstattungsbetrag: _____ € Anzahl Belege: _____
Bitte beachten: Bei Hotelübernachtungen erstatten wir Ihnen maximal 50,- €

Name der Bank: _____ Vor- und Nachname des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____
(Pflichtangabe, ohne IBAN können die Kosten leider nicht erstattet werden)

BIC / Swift-Code: _____
(Pflichtangabe, ohne BIC / Swift-Code können die Kosten leider nicht erstattet werden)

Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____ Unterschrift Bewerber: _____

We create chemistry

Dieser **Erhebungsbogen** ist bitte ausgefüllt und unterschrieben am Untersuchungstag mitzubringen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Wohnanschrift: _____

	Nein	Ja
1 Vorgeschichte des Jugendlichen		
1.1 Krankheiten/Behinderungen		
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
1.2 Angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
	Nein	Ja
1.3 Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____ Wann? _____		
Noch Beschwerden? _____		
1.4 Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____ Wann? _____		
Noch Beschwerden? _____		

Seite 2

	Nein	Ja	
1.5 Häufige Beschwerden			
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6 Zurzeit sonstige Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche? _____			
1.7 Zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grund? _____			
1.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche? _____			
1.9 Hätten Sie Bedenken, eine Atemschutzmaske zu tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nein	Gelegentlich	Täglich
1.10 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja	
1.13 Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.14 Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit der/den Unterschrift(en) stimme(n) ich/wir der Durchführung eines Drogenscreenings zu.

Datum_____
Unterschrift des Personenberechtigten_____
Unterschrift des Jugendlichen

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet**

- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | entfällt | ja |
| Es ist zu erwarten, daß diese Arbeiten die Gesundheit | vorübergehend | dauerhaft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 Arbeiten überwiegend im | | |
| — Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Knien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchskraft | | |
| — Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| — Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern. | | |
| 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MUSTER

Anlage 2

MUSTER

* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.
** Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.