



AUSBILDUNG ZUM/ZUR LUFTSICHERHEITS- ASSISTENTEN/-KONTROLLKRAFT

NAME DES PASSAGIERS

VORNAME

NACHNAME

ADRESSE DES PASSAGIERS / KONTAKT

STRASSE/HAUSNUMMER

PLZ

ORT

TELEFON

E-MAIL

CHECK-IN

- Persönliche Eignung
- Keine wesentlichen gesundheitlichen Einschränkungen
- Keine strafrechtlichen Ermittlungsverfahren/ Verurteilungen
- Keine negative Schufa-Auskunft
- Bereitschaft zur Schichtarbeit

Bitte ankreuzen!