

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG am ☐ nein ☐ WL am

Zusage Klasse am AbmFr

Anmeldung Schuljahr 2026/27

ALTENARBEIT modular (AA) berufsbegleitende Ausbildung

☐ Modul 1: UBV (Unterstützung bei der Basisversorgung), 1 Semester (WS)

☐ Modul 2: Heimhilfe nach absolvierter UBV, 1 Semester (SoSe)

FOTO

| | | | |
|---|------------|---------------------------|-------------|
| Familienname | | Vorname(n) | |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> divers | | Sozialversicherungsnummer | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Alltagssprache | Erstsprache |
| Staatsbürgerschaft | | Religionszugehörigkeit | |
| Hauptwohnsitz: Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| Telefonnummer | | Aktuelle Email-Adresse | |
| Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss) | | Berufsausbildung | |

Beizulegende Unterlagen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf | <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis letzte Schulstufe | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (siehe Anhang) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis UBV für Modul 2 | <input type="checkbox"/> <u>allgemeiner</u> Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben
und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber*in

Anmeldungen per Post oder E-Mail an:

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg
bildung@sob-caritas.at

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärztin/Hausarzt

Name:

Geburtsdatum: SV-Nr.

Sehvermögen: Hörvermögen:

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke):

.....

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion:

.....

Hautprobleme: ☐ nein ☐ ja welche:

Allergien: ☐ nein ☐ ja welche:

Psychische Belastbarkeit :

.....

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
Ärztin/Arzt