

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:
 AG nein WL am
 Zusage Klasse am
 Info1. Schultag Abgem.am:

ANMELDUNG

Berufsbegleitende Ausbildung Schuljahr 2024/25

- Altenarbeit/Behindertenarbeit** Fachsozialbetreuer*in inkl. Pflegeassistenz & Heimhilfe
 6 Semester 4 Semester inkl. Heimhilfe
- Behindertenbegleitung** Fachsozialbetreuer*in inkl. UBV (6 Semester)
- Diplomsozialbetreuer*in** 2 Semester Altenarbeit Behindertenbegleitung
- Quereinstieg



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:

- aktueller Lebenslauf
- Zeugnis letzte Schulstufe
- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- ärztliches Attest (siehe Anhang)
- allgemeiner Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)
- Sprachdiplom B2 bei nicht deutscher Muttersprache

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Bewerber*in

Anmeldungen per Post oder Email an:

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg
 Tel. 05 1760 7160 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:

.....

.....

Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

.....

.....

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist - GuKG §27 (1), 2 und PA-PFA-AV §10 (2) 2.

Eignung Pflegeassistenz ist:

gegeben

nicht gegeben

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt