

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**

Eingang: ..... Erfasst: .....

AG .....  nein  WL am .....

Zusage Klasse ..... am .....

Info1. Schultag ..... Abgem.am: .....

# ANMELDUNG

## Vollzeitausbildung - Schuljahr 2024/25

Foto bitte  
hier  
einkleben

- Pflegeassistentenz + **Behindertenarbeit**
- Pflegeassistentenz + **Familienarbeit** (optional zusätzlich **Altenarbeit** möglich)

Familiennamen		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	Wohnort
Telefonnummer		Aktuelle Emailadresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss)			
<b>Gesetzliche Vertretung</b>		<b>Adresse</b>	
<b>Telefonnummer</b>		<b>Telefonnummer und Emailadresse</b>	

### Beizulegende Unterlagen:

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

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben! Änderungen gebe ich umgehend und schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.**

..... Ort, Datum  
 ..... Unterschrift Bewerber\*in  
 ..... Unterschrift gesetzliche Vertretung

**Anmeldungen per Post oder Email an:** Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg  
05-1760 -7160 [bildung@sob-caritas.at](mailto: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

