

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**

Eingang: ..... Erfasst: .....  
 AG ..... am .....  nein  WL am .....  
 Zusage Klasse ..... am ..... AbmFr .....  
 1.SchT Klasse ..... am ..... Abgem.am: .....  
 LebL  GebU  StaatsB  Zeug  Attest  FührgZ  Sepa

# ANMELDUNG

für das Wintersemester im Schuljahr **2023/24**

## Modul UBV – Unterstützung bei der Basisversorgung

Foto bitte  
hier  
einkleben

Familienname		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Erstsprache	
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer		Aktuelle Email Adresse	
<b>Höchster erfolgreicher Schulabschluss</b> (min. positiver Abschluss der 9. Schulstufe/Vorbereitungslehrgang)		Berufsausbildung	

### Beizulegende Unterlagen:

- aktueller Lebenslauf
- Zeugnisse ab der 9. Schulstufe
- Geburtsurkunde
- ärztliches Attest (siehe Anhang)
- allgemeiner Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)
- Staatsbürgerschaftsnachweis

Die Anmeldegebühr von € 25,00 wird nach Einlangen der Anmeldung mittels beigefügtem SEPA Lastschrift-Mandat von Ihrem angegebenen Konto eingezogen. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldegebühr auch im Falle einer späteren Abmeldung nicht rückerstattet werden kann.

**Ich bestätige 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  
[bildung@sob-caritas.at](mailto:bildung@sob-caritas.at)

## Ärztliches Attest

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:

.....

.....

**SEPA-Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)**

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

**Zahlungsempfänger:** Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS  
Friedensstraße 7  
5020 Salzburg

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zahlungen von meinem/unserem untenstehenden Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungspflichtiger:** .....  
(Name)

.....  
(Anschrift)

**IBAN des Zahlungspflichtigen:** .....

**BIC des Zahlungspflichtigen:** .....

**Kreditinstitut:** .....

**Verwendungszweck:** SOB, Lehrgang **UBV**  
für .....  
(Name, Vorname der/des Studierenden)

**Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.**

<b>Zahlungsart:</b>	<b>Einmaleinzug</b> * Anmeldegebühr € 25,00 * Ausbildungsbeitrag
---------------------	--

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber\*in