

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

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

AG ..... ☐ nein ☐ WL am .....

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

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

## Anmeldung Schuljahr 2026/27

**ALTENARBEIT (AA) oder Behindertenarbeit (BA)**  
**berufsbegleitende Aufschulung von PA zu FSB**

- ☐ Fachsozialbetreuung Altenarbeit (2 Semester)  
☐ Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit (2 Semester)

**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 E-Mail-Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss)		Pflegeassistenten abgeschlossen am	

### Beizulegende Unterlagen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf               | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (siehe Anhang)   |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis letzte Schulstufe          | <input type="checkbox"/> allgemeiner Auszug aus dem Strafregister<br>(nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Pflegeassistenten-Zeugnis | <input type="checkbox"/> Sprachdiplom B1 bei nicht deutscher Muttersprache  |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde                     | <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel  |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis        |   |

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 E-Mail an:

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg  
Tel. 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:

.....

.....

.....  
Ort, Datum

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