Ausbildung Caritas
Sozialbetreuungsberufe

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:
Eingang: …….. Erfasst: ……
AG …… ☐ nein ☐ WL am ……
Zusage Klasse …….. am ……..……..
Info1. Schultag ……..Abgem.am: ……

Anmeldung **Schuljahr 2027/28**

BEHINDERTENARBEIT (BA) - Vollzeitausbildung

FOTO

☐ Pflegeassistenz + Fach-Sozialbetreuer*in BA (2 Jahre)

☐ Diplom-Sozialbetreuer*in BA, nach Fachabschluss (1 weiteres Jahr)

Familienname		Vorname(n)	
Geschlecht ☐ M ☐ W ☐ divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Alltagssprache	Erstsprache
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Hauptwohnsitz, Straße	Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefonnummer		Aktuelle E-Mail-Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss)			
Gesetzliche Vertretung: Name, Vorname		Adresse	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

Beizulegende Unterlagen:

☐ aktueller Lebenslauf

☐ Zeugnis letzte Schulstufe

☐ allgemeiner Auszug aus dem Strafregister
(nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)

☐ ärztliches Attest (Vordruck anbei verwenden!)

☐ Kopie Meldezettel

☐ Sprachdiplom B1 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 E-Mail an:

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg
05-1760 -7160 bildung@sob-caritas.at

Ausbildung Caritas
Sozialbetreuungsberufe

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 werden im Rahmen der Ausbildung zu Schulbeginn erhoben (Impfaktion LSD Sbg.)

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

Eignung Pflegeassistenz ist:

☐ gegeben ☐ nicht gegeben

…… ……

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt