

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG ☐ nein ☐ WL am

Zusage Klasse am

Info1. Schultag Abgem.am:

Anmeldung Schuljahr 2026/27

BEHINDERTENARBEIT (BA) berufsbegleitende Ausbildung

☐ Pflegeassistent (4 Sem.) + Fach-Sozialbetreuer*in BA (weitere 2 Sem.)

☐ Diplom-Sozialbetreuer*in, 2 Semester (Fachabschluss Voraussetzung)

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)		Berufsausbildung	

Beizulegende Unterlagen:

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

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

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 am 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