

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG ☐ nein ☐ WL am

Zusage Klasse am

Info1. Schultag Abgem.am:

Anmeldung Schuljahr 2025/26

BEHINDERTENBEGLEITUNG (BB) berufsbegleitende Ausbildung

Foto

☐ **Fach-Sozialbetreuer*in BB** inkl. UBV Modul (6 Semester)

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

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"/> Kopie Meldezettel |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="checkbox"/> Sprachdiplom B1 bei nicht deutscher Muttersprache |

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:

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

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