

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG nein WL am

Zusage Klasse am

Info1. Schultag Abgem.am:

Anmeldung Schuljahr 2026/27

FAMILIENARBEIT (FA) - Vollzeitausbildung

- Pflegeassistent + Diplom-Sozialbetreuer*in FA (3 Jahre)
(kombinierbar mit Fach-Sozialbetreuer*in Altenarbeit)

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	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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (Vordruck anbei verwenden!) |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis letzte Schulstufe | <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Auszug aus dem Strafregister
(nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) | <input type="checkbox"/> 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

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