Ausbildung Caritas
Sozialbetreuungsberufe

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

Foto

Anmeldung **Schuljahr 2027/28**

VORBEREITUNGSLEHRGANG
für die Schule für Sozialbetreuungsberufe

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			

Gesetzliche Vertretung

Familienname, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefonnummer und Emailadresse

Beizulegende Unterlagen:

- ☐ aktueller Lebenslauf
- ☐ Zeugnisse (Abschluss der Pflicht-Schule)
- ☐ Kopie Meldezettel
- ☐ ärztliches Attest (siehe Vorlage anbei)
- ☐ allgemeiner Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)

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
bildung@sob-caritas.at

Ausbildung Caritas
Sozialbetreuungsberufe

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärzt*in

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 der Fachausbildung 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