

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:
 AG am nein WL am
 Zusage Klasse am AbmFr
 1.SchT Klasse am Abgem.am:
 LebL GebU StaatsB Zeug Attest FührgZ Sepa

ANMELDUNG

für das Wintersemester im Schuljahr **2021/22**

Modul UBV – Unterstützung bei der Basisversorgung

Foto bitte
hier
einkleben

Familienname		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Erstsprache	
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer		Aktuelle Email Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (min. positiver Abschluss der 9. Schulstufe/Vorbereitungslehrgang)		Berufsausbildung	

Beizulegende Unterlagen:

- aktueller Lebenslauf
- Zeugnisse ab der 9. Schulstufe
- Geburtsurkunde
- ärztliches Attest (siehe Anhang)
- polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)
- Staatsbürgerschaftsnachweis

Die Anmeldegebühr von € 25,00 wird nach Einlangen der Anmeldung mittels beigefügtem SEPA Lastschrift-Mandat von Ihrem angegebenen Konto eingezogen. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldegebühr auch im Falle einer späteren Abmeldung nicht rückerstattet werden kann.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber*in

Anmeldungen per Post oder Email an:

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

Ärztliches Attest

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

Grundimmunisierung vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

.....

.....

SEPA-Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

Zahlungsempfänger: Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS
Friedensstraße 7
5020 Salzburg

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zahlungen von meinem/unserem untenstehenden Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:
(Name)

.....
(Anschrift)

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC des Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut:

Verwendungszweck: SOB, Lehrgang **UBV**
für
(Name, Vorname der/des Studierenden)

Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.

Zahlungsart:	Einmaleinzug * Anmeldegebühr € 25,00 * Ausbildungsbeitrag
---------------------	--

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber*in