

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

# ANMELDUNG für das Schuljahr 2019/20

## für die Berufstätigenform mit Ausbildungsschwerpunkt:

- Altenarbeit/Behindertenarbeit**  
 inkl. Pflegeassistenz
- Behindertenbegleitung**
- Quereinstieg höheres Semester: .....
- Fach-Sozialhilfe + Heimhilfe**  
 (inklusive Ausbildung)
- Einstieg Diplomstufe .....

Foto bitte  
 hier  
 einkleben

Familienname	Vorname(n)
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Sozialversicherungsnummer/ecard
Geburtsdatum und Geburtsort	Erstsprache
Staatsbürgerschaft	Religionszugehörigkeit
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	Email
Höchster erfolgreicher Schulabschluss ( <u>positiver Abschluss der 9. Schulstufe ist Voraussetzung!</u> )	Berufsausbildung
Aktueller Dienstgeber	Adresse Dienstgeber

### Beizulegende Unterlagen:

- aktueller Lebenslauf
- Zeugnisse ab der 9. Schulstufe (Kopie)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)
- Impfpass (Kopie)

### Es werden nur vollständige Bewerbungen bearbeitet!

- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- ärztliches Attest (Original)
- SEPA Lastschrift-Mandat (Original)
- Sprachnachweis Deutsch **B2 (B1** für Fach-Sozialhilfe) bei nicht deutscher Muttersprache

Die Anmeldegebühr von € 30,00 wird mittels beigefügtem SEPA Lastschrift-Mandat von Ihrem Konto eingezogen. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldegebühr auch im Falle einer späteren Abmeldung nicht rückerstattet wird.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Änderungen bitte umgehend und **schriftlich** dem ABZ bekannt geben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift BewerberIn

**SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)**

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

**Zahlungsempfänger:** Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS  
 Universitätsplatz 7  
 5020 Salzburg

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Zahlungen von meinem/unserem unten stehenden 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, Ausbildungsschwerpunkt (bitte ankreuzen)  
 **Altenarbeit/Behindertenarbeit**     **Behindertenbegleitung**  
 **Fachsozialhilfe und Heimhilfe**  
 für .....  
 (Name, Vorname der/des Studierenden)

**Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.**

<b>Zahlungsart:</b>	<b>Wiederkehrender Einzug</b> * Ausbildungsbeitrag (bei laufender Ausbildung)	<b>Einmaleinzug</b> * Anmeldegebühr (nach Erhalt der Anmeldung) * Kautions (nach Erhalt des unterschriebenen Aufnahmevertrages)
---------------------	---	---

.....  
 Ort, Datum

Caritasverband der Erzdiözese Salzburg  
 ABZ der Caritas - SOB - BAS  
 Schießstandstraße 45  
 5061 Salzburg

Tel 0662-908668  
 Fax 0662-908668 DW 120  
 bildung@sob-caritas.at  
 www.sob-caritas.at

.....  
 Unterschrift KontoinhaberIn

Bankverbindung: Salzburger Sparkasse  
 IBAN: AT92 2040 4015 0015 3841  
 BIC: SBGSAT2SXXX  
 DVR-NR: 0029874(146); Schulen M.Ö.R.

### 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, Krankheiten: \_\_\_\_\_

### Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden:  nein  ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Impfung

Datum der Titerbestimmung

Hepatitis B \_\_\_\_\_

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischung am: \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist (GuKG §27 (2) und PA-PFA-AV §10 (2))**

ist nicht gegeben

ist gegeben

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift  
der/des untersuchenden Ärztin/Arztes