

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 Impfp

ANMELDUNG

für das Wintersemester im Schuljahr **2019/20**

Modul UBV – Unterstützung bei der Basisversorgung

Foto bitte
hier
einkleben

M W Vorname: _____ Familienname: _____

Geboren am: _____ Geburtsort: _____ Muttersprache: _____

Religion: _____ Staatsbürgerschaft: _____ Soz.Vers.-Nr. _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Tel. privat: _____ Mobil : _____ E-Mail: _____

Dienststelle (Bezeichnung): _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Telefonnummer _____ angestellt als: _____

Höchster Schulabschluss bzw. Lehrabschluss

Dem Anmeldeformular sind folgende Unterlagen (Kopien) beizulegen:

Im Original: **Lebenslauf, ärztliches Attest**

In Kopie: **Zeugnisse ab der 9. Schulstufe, Geburtsurkunde,
polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung),**

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.

BEACHTEN SIE, DASS NUR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE BEWERBUNGEN MIT ALLEN GEFORDERTEN UNTERLAGEN BEARBEITET WERDEN !!

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift BewerberIn

ARZTBEFUND

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 wird dringend empfohlen - vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen: _____

	Datum der letzten Impfung	Datum der Titerbestimmung
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____	_____

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischung am: _____

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegehilfe erforderliche gesundheitliche Eignung gegeben ist. (GuKG § 98 (1) Absatz 2)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der/des untersuchenden Ärztin/Arztes