

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:

- Pflegeassistent + Fachsozialbetreuer/in Altenarbeit** (4 Semester)
- Pflegeassistent + Fachsozialbetreuer/in Altenarbeit/Behindertenarbeit** (6 Semester)
- Fachsozialbetreuer/in Behindertenbegleitung inkl. UBV** (6 Semester)
- Quereinstieg höheres Semester**
- Einstieg Diplomstufe**

Foto bitte hier einkleben

| | |
|---|---------------------------------|
| Familiename | 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)

Es werden nur vollständige Bewerbungen bearbeitet!

- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- ärztliches Attest (Original)
- Impfpass/Immunitätsbescheinigung (Kopie)
- Sprachnachweis Deutsch B2 (B1 für Fach-Sozialhilfe) bei nicht deutscher Muttersprache

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

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift BewerberIn

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