

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**

Eingang: ..... Erfasst: .....

AG ..... am .....  nein  WL am .....

Zusage Klasse ..... am .....

1.SchT Klasse ..... am ..... Abgem.am:.....

# ANMELDUNG

## Modul UBV – Unterstützung bei der Basisversorgung

Foto bitte hier einkleben

Familiennamen		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		Sozialversicherungsnummer/ecard	
Geburtsdatum	Geburtsort	Erstsprache	
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer		Email	

**Derzeitige Dienststelle:** .....

Straße:..... PLZ: ..... Ort: .....

Telefonnummer ..... angestellt als: .....

**Beizulegende Unterlagen:**

- aktueller Lebenslauf
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Geburtsurkunde / Heiratsurkunde
- Pflichtschulabschluss bzw. Zeugnis höchster Schulabschluss
- ärztliches Attest (Vordruck anbei)
- SEPA Lastschriftmandat
- 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.

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Änderungen werden umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt gegeben.**

.....  
 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 oder Krankheiten: .....

.....

### Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden:  nein  ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift  
der untersuchenden Ärztin/des Arztes

**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 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, **UBV Modul**  
für .....  
(Name, Vorname der/des Studierenden)

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

<b>Zahlungsart:</b>	<b>Einmaleinzug</b> * Ausbildungsbeitrag * Anmeldegebühr (nach Erhalt der Anmeldung)
---------------------	--

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift KontoinhaberIn