

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 Tagesform:

- Pflegeassistenz + Fachsozialbetreuer/in Altenarbeit/Behindertenarbeit
- Pflegeassistenz + Diplomsozialbetreuer/in Familienarbeit/Behindertenarbeit

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>)	Gesetzliche/r Vertreter/in Geburtsdatum
Adresse Gesetzliche/r Vertreter/in	Telefonnummer Gesetzliche/r Vertreter/in

Beizulegende Unterlagen:

- aktueller Lebenslauf (Kopie)
- Zeugnisse ab der 9. Schulstufe (Kopie)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Sprachnachweis Deutsch **B2** bei nicht deutscher Muttersprache (Kopie)

Es werden nur vollständige Bewerbungen bearbeitet!

- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- ärztliches Attest (Original)
- Impfpass/Immunitätsnachweis (Kopie)
- polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift BewerberIn

.....
Unterschrift gesetzl. VertreterIn

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
<input type="checkbox"/> 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