

Caritasverband der Erzdiözese Salzburg
Ausbildungszentrum der Caritas
Schule für Sozialbetreuungsberufe
Bildungsanstalt für Sozialpädagogik
Schießstandstraße 45
5061 Salzburg

Kostenübernahmebestätigung gültig ab dem Schuljahr _____

Für Frau / Herrn _____ Klasse _____

Wir bestätigen die Übernahme der Ausbildungskosten im Ausbildungsschwerpunkt:

Die aktuellen Ausbildungskosten entnehmen Sie bitte unserer Webseite www.sob-caritas.at

Fälligkeit bis zum 15ten des Monats September für das erste Schulhalbjahr und bis zum 15ten des Monats Februar für das zweite Schulhalbjahr. Das Schulgeld ist auch dann ohne Abzug für das gesamte Schulhalbjahr zu bezahlen, wenn das Vertragsverhältnis während des Schulhalbjahres, aus welchem Grund auch immer, beendet wird, das Schulhalbjahr zur Absolvierung der Pflichtpraktika verkürzt ist oder aufgrund des Abschlusses der Ausbildung das Schulhalbjahr früher endet.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Altenarbeit/Behindertenarbeit Berufstätigenform (ab 19 J.)

Pflegehilfe (4 Semester) Fachsozialbetreuer/in (6 Semester) Diplomstufe (2 Semester)

Behindertenbegleitung Berufstätigenform (ab 19 J.)

Fachsozialbetreuer/in (6 Semester) Diplomstufe (2 Semester)

Inklusive Behindertenbegleitung, Heimhilfe Berufstätigenform (ab 19 J.)

(4 Semester)

Behindertenarbeit Tagesform (ab 17 J.)

(6 Semester)

Familienarbeit und Altenarbeit Tagesform (ab 17 J.)

(6 Semester)

Kolleg für Sozialpädagogik Berufstätigenform

(4 Semester)

Kostenübernahmebestätigung der Anmeldegebühr € 25,00 ja nein

Kostenübernahmebestätigung der Kautions € 250,00 ja nein
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Kautions dient der Sicherstellung, dass ein zugesagter Ausbildungsplatz auch angetreten wird und bis zum Abschluss der Ausbildung belegt wird. Erfolgt eine schriftliche Abmeldung vom Ausbildungsplatz bis zum 30. Juni des Anmeldejahres, wird die geleistete Kautions zur Gänze rückerstattet. Die Rücküberweisung des Kautionsbetrages erfolgt nach Abschluss der Ausbildung. Bei Beendigung des Vertragsverhältnisses aus sonstigen Gründen findet keine Rücküberweisung statt.

Rechnungsadresse : _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift