

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:
AG nein WL am
Zusage Klasse am AbmFr
1.SchT Klasse am Abgem.am:
 LeBL GebU StaatsB Zeug Attest FührgZ Impfp Sepa
 ecard

ANMELDUNG

für das Schuljahr **2018/19**

Vorbereitungslehrgang (Tagesform)

Foto bitte
hier
einkleben

M W Vorname(n): _____ Familienname: _____

Geboren am: _____ Geburtsort: _____ Muttersprache: _____

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

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Höchster erfolgreicher Schulabschluss:

von: _____ bis: _____ Schule: _____

gesetzliche/r Vertreter/in:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Tel-Nr: _____

Dem Anmeldeformular sind folgende Unterlagen beizulegen:

Im Original: **Lebenslauf, SEPA Lastschrift-Mandat, ärztliches Attest**

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

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 wird.

BEACHTEN SIE, DASS NUR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE UND UNTERSCHRIEBENE 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 u. gesetzl. Vertreter/in

SEPA-Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)

Gilt für sämtliche Zahlungsverpflichtungen an die Schule

Zahlungsempfänger: Caritasverband der Erzdiözese Salzburg - ACS
Universitätsplatz 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, **Vorbereitungslehrgang**
für
(Name, Vorname der/des Studierenden)

Mandatsreferenz wird nach Stammdatenanlage vom Rechnungswesen vergeben.

Zahlungsart:	Wiederkehrender Einzug * Ausbildungsbeitrag (bei laufender Ausbildung)	Einmaleinzug * Anmeldegebühr (nach Erhalt der Anmeldung) * Kautions (nach Erhalt des unterschriebenen Aufnahmevertrages)
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift KontoinhaberIn

Ärztlicher Befund

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