

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**

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

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

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

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

LebL  GebU  StaatsB  Zeug  Attest  FührgZ  Impfp  Sepa

# ANMELDUNG

für das Schuljahr **2016 / 17**

## Ausbildungsschwerpunkt Behindertenbegleitung für Berufstätige

- Inklusive Ausbildung FachsozialhelferIn + Heimhilfe 4 Semester**
- FachsozialbetreuerIn 6 Semester**
- Quereinstieg höheres Semester**     **Quereinstieg Diplomstufe**

Foto bitte  
hier  
hochladen

M  W Vorname: \_\_\_\_\_ Familienname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Dienststelle Praktikumsplatz** (Bezeichnung): \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ angestellt als: \_\_\_\_\_

**Die erfolgreiche Absolvierung der Schulpflicht (9 Schulstufen) ist Voraussetzung  
Schullaufbahn ab der 9. Schulstufe**

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung** als: \_\_\_\_\_ Abschluss am: \_\_\_\_\_

**Derzeitige Berufstätigkeit:** \_\_\_\_\_

Dem Anmeldeformular sind folgende Unterlagen (Kopien) 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),  
bei nicht deutscher Muttersprache Deutschnachweis B2**

Die Anmeldegebühr von € 25,00 wird nach Einlangen der Anmeldung mittels beigefügtem  
SEPA Lastschrift-Mandat von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

**BEACHTEN SIE, DASS NUR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE BEWERBUNGEN MIT ALLEN GEFORDERTEN  
UNTERLAGEN BEARBEITET WERDEN !!**

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

.....  
Ort, Datum

Caritasverband der Erzdiözese Salzburg  
Schule für Sozialbetreuungsberufe  
Schießstandstraße 45  
5061 Salzburg

Tel 0662-908668  
Fax 0662-908668 DW 120  
bildung@sob-caritas.at  
www.sob-caritas.at

.....  
Unterschrift BewerberIn

Bankverbindung: Salzburger Sparkasse  
IBAN: AT92 2040 4015 0015 3841  
BIC: SBGSAT2SXXX  
DVR-NR: 0029874(146); Schulen M.Ö.R.

## 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, Ausbildungsschwerpunkt **Behindertenbegleitung**

für .....  
(Name, Vorname der/des Studierenden)

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

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift KontoinhaberIn

## ARZTBEFUND

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 wird dringend empfohlen - vorhanden:  nein  ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen: \_\_\_\_\_

**Datum der letzten Impfung**

**Datum der Titerbestimmung**

Hepatitis B \_\_\_\_\_

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischung am: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegehilfe erforderliche gesundheitliche Eignung gegeben ist. (GuKG § 98 (1) Absatz 2)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
der/des untersuchenden Ärztin/Arztes