

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:
 Eingang: Erfasst:
 AG nein WL am
 Zusage Klasse am
 Info1. SchultagAbgem.am:

Anmeldung Schuljahr 2025/26

BEHINDERTENARBEIT (BA) - berufsbegleitende Ausbildung

- Pflegeassistent (4 Sem.) + Fach-Sozialbetreuer*in BA (weitere 2 Sem.)
 Diplom-Sozialbetreuer*in, 2 Semester (Fachabschluss Voraussetzung)



| | | | |
|--|------------|---------------------------|-------------|
| Familiename | | Vorname(n) | |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | Sozialversicherungsnummer | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Alltagssprache | Erstsprache |
| Staatsbürgerschaft | | Religionszugehörigkeit | |
| Hauptwohnsitz: Straße | | Hausnummer | PLZ |
| | | | Ort |
| Telefonnummer | | Aktuelle Email-Adresse | |
| Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss) | | Berufsausbildung | |

Beizulegende Unterlagen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (siehe Anhang) |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis letzte Schulstufe | <input type="checkbox"/> <u>allgemeiner</u> Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> <u>Sprachdiplom B1</u> bei nicht deutscher Muttersprache |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | |
| <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel | |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber*in

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärztin/Hausarzt

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 werden im Rahmen der Ausbildung am Schulbeginn erhoben (Impfaktion
LSD Sbg.)

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der
Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist
§ 27 Abs. 1 Z. 2 GuKG + § 10 Abs. 2 Z. 2 PA-PFA-AV.

Eignung Pflegeassistenz ist:

gegeben

nicht gegeben

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt