**Anmeldung**

**Zweijährige Fachschule für Weiterbildung in der Pflege (2 FPT)**

**Schwerpunkt: „Gerontopsychiatrie“ (FPGT)**

**Schwerpunkt: „Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit“ (FPLT)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schuljahr - 20** |  |  |

**Persönliche Daten (bitte in Druckbuchstaben)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Familienname** | | **Vorname(n)** | |
| **weiblich**  **männlich**  **divers** | **Geburtsdatum** | | **Geburtsort** |
| **Geburtsland** | **Konfession\***  **ev**  **rk**  **is**  **sonst.** | | **wurde ein Sprachkurs absolviert?**  **Ja, Niveau:**  **nein** |
| **Staatsangehörigkeit\*** | **Aussiedler/Übersiedlung am\*** | |
| **Straße/Nr.** | | **Postleitzahl/Ort** | |
| **E-Mail** | **Telefon** | | **Handy** |

**Abschluss**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Berufsabschluss als\*\* :** | | | | |
| **Berufstätigkeit**  **(mindestens 2 Jahre)** | **von:** | **bis:** | | **Arbeitgeber:** |
|  | **von:** | **bis:** | | **Arbeitgeber:** |
|  | **von:** | **bis:** | | **Arbeitgeber:** |
|  | **von:** | **bis:** | | **Arbeitgeber:** |
| **aktueller Arbeitgeber** | **Name der Einrichtung** | | | |
|  | **Straße** | | | |
|  | **Postleitzahl** | | **Ort** | |

**Erklärung!**

|  |
| --- |
| **Ich habe bereits schon einmal an einem Aufnahmeverfahren teilgenommen.**  **nein**  **ja, an:** |
| **Ich habe an einer weiteren Schule einen Aufnahmeantrag gestellt.**  **nein**  **ja, an:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Ort& Datum Unterschrift**

**\* Angaben freiwillig**

**\*\* Pflegefachfrau/ Pflegefachmann; Altenpflegerin/Altenpfleger;** **Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger**

**Dem Antrag ist beizufügen:**

**⮊ Lebenslauf mit Bild**

**⮊** **Urkunde und Prüfungszeugnis der Altenpflege- bzw. Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (beglaubigte Kopie)**

**⮊** **Nachweis der einschlägigen beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Examen von mindestens 2 Jahren, wobei die Hälfte**

**während des Besuchs der Fachschule abgeleistet werden kann**

**⮊ Nachweis der Einrichtung, in der die geforderten 400 Stunden “ausbildungsbezogene Praxis“ während der Weiterbildung**

**abgeleistet werden**

**Kosten:**

Die Gebühr für die Weiterbildung wird vom Schulträger der Helen-Keller-Schule, dem Rhein-Neckar-Kreis, übernommen.

**Hinweise zum Schulvertrag:**

Ich habe die oben genannten Informationen zum Besuch der Fachschule zur Kenntnis genommen. Dies

wird ebenfalls Bestandteil des Vertrages.

Mit der Bestätigung des Aufnahmeantrages durch die Unterschrift der Schulleitung kommt der

Schulvertrag zustande.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum Unterschrift Bewerber\*in (Teilnehmer\*in)**

**Bescheinigung**

**(zur Vorlage an der Helen-Keller-Schule Weinheim**)

**Name und Anschrift der Einrichtung oder Stempel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | **Stempelfeld** |
| **Straße** |
| **Postleitzahl** |
| **Ort** |
| **Telefon** |

**Persönliche Daten Bewerber/-in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Herr / Frau |  | | |
| geb. am |  | in |  |
| wohnhaft in |  | | |

Wird im Rahmen der Weiterbildung an der zweijährigen Fachschule für Altenpflege, Schwerpunkt:

🗆 Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit

🗆 Gerontopsychiatrie

mindestens 400 Stunden ausbildungsbezogene Praxis (§ 2,2 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung) in

unserer Einrichtung in der Zeit von: ………………………………………………. bis: ……………………………………………….

ableisten.

..................................................................... ……………...................................

Ort, Datum Stempel, Unterschrift