**Verbindliche Anmeldung – Praxisanleiterweiterbildung 2019-2020**

**Anmeldefrist : 31. Januar 2019**

**Personalien**

Name: Vorname:

Geburtstag: Geburtsort:

Geburtsname: Staatsangehörigkeit:

PLZ / Wohnort: Straße:

Telefon privat: Telefon dienstlich:

E- Mail privat: E- Mail dienstlich:

**Arbeitgeber**

DGD **Kliniken Sachsenhausen**  AGAPLESION **Frankfurter Diakonie Kliniken** Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FDK-MK – Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  FDK-BP – Station: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Externe**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Bitte Name und Anschrift der Einrichtung)  
 **Hinweis**: externe Teilnehmer erhalten nach Eingang der Anmeldung und Zusage eine Weiterbildungsvereinbarung

**Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abschluss Jahr: Monat

**Abgeschlossene Fachweiterbildung im Fachbereich:** Abschluss Jahr: Monat

Führen Sie bereits Anleitungstätigkeit in Ihrem Arbeitsbereich durch?  ja  nein

**Bitte die nachstehenden Unterlagen zusammen mit der Anmeldung zusenden (gilt nicht für OTA/ATA):**

*Beglaubigte Kopie*der **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (z. B. Gesundheits- u. Krankenpfleger/in)**  
*Beglaubigte Kopie* des **Personalausweises/Reisepasses** ja, beigefügt  nein, **wird nachgereicht** **bis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Wichtiger Hinweis:**  nur **vollständig ausgefüllte, leserliche und von der Pflegedirektion unterschriebene** Anmeldungen können angenommen werden (gilt nicht für externe Teilnehmer). **Andernfalls gelten Sie als „nicht angemeldet“.** |

Mit der Rücksendung dieses Erhebungsbogens und meiner Unterschrift gebe ich meine **verbindliche Zusage und verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme an den Weiterbildungsveranstaltungen. Die regelmäßige Teilnahme ist Voraussetzung für die Anmeldung zur Abschlussprüfung**

Bitte senden Sie den **leserlichen und vollständig ausgefüllten** Anmeldebogen postalisch an das:

**AGAPLESION Bildungszentrum für Pflegeberufe Rhein-Main gGmbH**

**Wilhelm-Epstein-Str. 4 – 60431 Frankfurt oder per Telefax: 069 / 9533-2519**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Teilnehmer/in Datum / **Unterschrift Pflegedirektion**