

## **Anmeldung** **Ausbildung „Unterstützung bei der Basisversorgung (UBV)“**

Herr / Frau / Div.

Titel: ..... Zuname:..... Vorname: .....

Strasse / Nr. /Tür: .....

PLZ: ..... Ort:.....

E-mail: .....

Telefon ..... Mobil: .....

Beruf: .....

Geb. am: ..... in: .....

### Berufliche Tätigkeit in der Behindertenarbeit und im Sozialbereich:

Dienstgeber: .....

Arbeitsstelle: .....

Arbeitsbereich (Wohn-, Tages-): .....

seit: .....

Beilagen:

Bestätigung über Arbeitsverhältnis (Zulassungsbestätigung) – *siehe Seite 2*

Ich melde mich hiermit verbindlich für das Aufschulungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ an\*. Ich nehme zur Kenntnis, dass die regelmäßige Teilnahme verpflichtend ist:

Kursnr.: \_\_\_\_\_ beginnend am \_\_\_\_\_

Kursgebühr: € 935,00

Rechnungsanschrift: .....

E-Mailadresse für Rechnungsversand: .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

\* Storno: Bei Abmeldungen nach Anmeldeschluss (schriftlich an Mosaik BuK GmbH), beträgt die Stornogebühr **40 % der Teilnahmegebühr**, bei späterer Stornierung wird die **gesamte Teilnahmegebühr** verrechnet, sofern kein ErsatzteilnehmerIn namhaft gemacht wird. Das nicht einzahlen der Seminargebühr ohne Stornierung ist keine automatische Stornierung. In diesem Fall wird die gesamte Kursgebühr verrechnet.

Sollte die MindestteilnehmerInnenzahl nicht erreicht werden, behalten wir uns vor den Kurs spätestens nach Anmeldeschluss abzusagen.

## Bestätigung über Arbeitsverhältnis

Da die Zulassungsbestimmungen zur Ausbildung „Unterstützung der Basisversorgung“ durch die GuKG-Novelle 2009 geändert wurden (BGBl. I Nr. 130/2009), ist nachfolgende Bestätigung durch den Dienstgeber erforderlich, um

Herrn / Frau .....

zur Teilnahme an der Absolvierung des Ausbildungsmoduls zuzulassen:

### **Dienstgeber:**

Name der Institution: .....

.....

Anschrift der Institution: .....

.....

Wir bestätigen, dass wir ein Träger von Einrichtungen der Behindertenbetreuung sind, der behördlich bewilligt ist oder der behördlichen Aufsicht unterliegt.

Herr / Frau .....

befindet sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt in einem aufrechten Dienstverhältnis und ist in einem multiprofessionellen Team, deren Aufgabe die ganzheitliche Begleitung und Betreuung der behinderten Menschen ist, tätig.

.....  
Ort / Datum

.....  
firmenmäßige Zeichnung  
(Firmenstempel / Unterschrift)