

Anmeldung

Aufschulungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung (UBV)“

Herr/Frau Titel: Vorname:..... Zuname:

Geb. am: in: Staatsb.:

Adresse: PLZ Ort:

Strasse/Nr/Tür:

Telefon Mobil:

E-mail:

Beruf:

Berufliche Tätigkeit in der Behindertenarbeit und im Sozialbereich:

Dienstgeber:

Arbeitsstelle:

Arbeitsbereich (Wohn-, Tages-):

seit:

Beilagen:

- Bestätigung über Arbeitsverhältnis (Zulassungsbestätigung)
- Praktikumsvereinbarung

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

Kursnr.: _____ beginnend am _____ an.

Kursgebühr: € 850,00

Storno: Bei Abmeldungen bis spätestens zwei Wochen vor Kursbeginn (schriftlich an Mosaik BuK GmbH), beträgt die Stornogebühr **40 %** der Teilnahmegebühr, bei späterer Stornierung wird die **gesamte** Teilnahmegebühr verrechnet, sofern kein Ersatzteilnehmer namhaft gemacht wird. Nicht - Einzahlung der Seminargebühr (ohne Abmeldung/Stornierung) ist keine automatische Abmeldung / Stornierung. In diesem Fall wird die gesamte Kursgebühr verrechnet. Sollte die MindestteilnehmerInnenzahl nicht erreicht werden, behalten wir uns vor den Kurs abzusagen.

Rechnungsanschrift:

E-Mailadresse für Rechnungsversand:

Ort / Datum: Unterschrift:

Bestätigung

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.

Frau / Herr

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)