

## Anmeldeformular

Ich melde mich für folgenden Lehrgang an:

- Sozialmanagement.Potenzialprogramm
- Sozialmanagement.Basisprogramm
- Aufbaulehrgang Pflege und Betreuung leiten
- Sozialmanagement.Aufbauprogramm
- Akademisierungsmodul Management sozialer Unternehmen
- Masterlehrgang Management sozialer Innovationen

Als öffentlich-rechtliche Schule benötigen wir von Ihnen folgende Informationen:

### Persönliche Daten

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Akad.Grad \_\_\_\_\_

SV-Nr. (4-stellig) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Privatadresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bevorzugte Kontaktadresse  privat  Dienststelle

Rechnung an  privat  Dienststelle  Arbeitgeber

Rechnungsadresse bitte exakt angeben!

Dienststelle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Um die Beratung zu den Lehrgängen und die Prüfung der Vorausbildungen einfach zu gestalten, bitte diese Seite möglichst detailliert auszufüllen.

## Beschreibung der Einrichtung

### Arbeitsfeld

Menschen mit Behinderung       Pflege       offene Sozialarbeit

Sonstiges \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter/innen \_\_\_\_\_

## Eigene Funktion bei Lehrgangsbeginn

- Leitung
- Stellvertretung
- in Vorbereitung auf eine Leitungsaufgabe

## Mein Verantwortungsbereich umfasst

Organisationseinheit (z.B.: Station/Gruppe/Wohngemeinschaft):

\_\_\_\_\_

Führungsverantwortung für \_\_\_\_\_ Mitarbeiter/innen

Führungsaufgaben \* (z.B.: Mitarbeitergespräche, Budget, Personal, fachliche Verantwortung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Als Stellvertreter/in geben Sie bitte an, welche Führungsaufgaben Sie im Rahmen Ihrer Stellvertretung übertragen bekommen.

## Der Anmeldung sind beizulegen

- Lebenslauf mit Foto
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis- oder Reisepass (Kopie)
- letztes Schulzeugnis (Kopie)
- Diplome, Bestätigungen über Abschlüsse (Kopie)

**Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und akzeptiere die AGB der ASOM in der derzeit gültigen Fassung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift