

Anmeldung Behandlungspflege 2024

1. Wahl, Kurs-Nr.

2. Wahl, Kurs-Nr.

Personalien

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Tel. privat / Mobile

E-Mail (für Korrespondenz)

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Name der Institution

Art der Institution

Adresse

PLZ, Ort

Telefon (Teilnehmer:in direkt)

E-Mail (Teilnehmer:in direkt)

Grundausbildung

| Zeitraum | Fähigkeitsausweis als ... (FaBe EFZ mit Angabe der Fachrichtung: Menschen im Alter / Menschen mit Beeinträchtigung) | Ausbildungsstätte |
|----------|---|-------------------|
| | | |
| | | |

Berufliche Tätigkeiten nach der Grundausbildung

| Zeitraum | Berufliche Funktion / Pensum % | Arbeitgeber:in |
|----------|--------------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ARTISET Bildung

Weiterbildung

| Zeitraum | Weiterbildung / Lehrgang | Veranstalter:in |
|----------|--------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Der Kursbesuch wird innerhalb meiner Arbeitszeit gewährleistet ja teilweise nein

Finanzierung des Kurses

Rechnung Institution privat
Mitgliedschaft der Institution bei ARTISET ja nein

Bestätigung Arbeitgeber:in

Hiermit bestätigen wir, dass wir (Vorname / Name Teilnehmer:in) _____ während des Kurses beim praktischen Üben am Arbeitsplatz unterstützen und unseren Beitrag zu einem optimalen Lernerfolg leisten.

Wir sorgen dafür, dass unser:e Mitarbeiter:in die nötigen Kompetenzen und Ressourcen im Zusammenhang mit den zu leistenden Kompetenznachweisen erhält.

Unterschrift Vorgesetzte:r _____

Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den Rahmenbedingungen einverstanden. Meine Anmeldung ist verbindlich.

Beilage **Diplom oder Berufsabschluss oder Anerkennung Diplom (Kopie)**
→ bei EFZ FaBe muss die Fachrichtung ersichtlich sein

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte senden Sie die Anmeldung an:

ARTISET Bildung, Weiterbildung, Abendweg 1, Postfach, 6000 Luzern 6
oder an wb.betagte@artisetbildung.ch