Medizinische Berufsfachschule

am Städtischen Klinikum Dresden

Bodelschwinghstraße 1 - 3

01159 Dresden

Fax 0351 480-3216

info.medbfs@klinikum-dresden.de

Anmeldung für eine Weiterbildung

zur Praxisanleiterin/zum Praxisanleiter

Termin: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name, Vorname

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße, Hausnummer

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Wohnort

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail Telefon

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Arbeitgeber, Rechnungsanschrift, Kontakt

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Rechnungsadresse

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Staatliche Anerkennung als (Gesundheitsfachberuf)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

aktuell ausgeübter Gesundheitsfachberuf

Der Bewerbung sind gem. § 3 der SächsGfbWBVO beigefügt:

[ ]  beruflicher Werdegang in tabellarischer Form

[ ]  beglaubigte Kopie des Berufsabschlusses in einem Gesundheitsfachberuf

[ ]  beglaubigte Kopie des Zeugnisses über die Staatliche Prüfung in einem Gesundheitsfachberuf

[ ]  Erklärung des Arbeitgebers, dass er die beabsichtigte Weiterbildung genehmigt hat.

Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Datum Unterschrift Teilnehmer\*in

**Bestätigung des Arbeitgebers**

Für den Fall der Zulassung zur Weiterbildung durch die Medizinische Berufsfachschule am Städtischen Klinikum Dresden sind wir mit der Teilnahme von

Frau/Herrn

einverstanden.

Einer kontinuierlichen Teilnahme an der Weiterbildung stehen keine betrieblichen Gründe entgegen.

Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Datum Stempel/Unterschrift Arbeitgeber

**Nur für Bewerberinnen und Bewerber des Städtischen Klinikums Dresden**

Datum Stempel/Unterschrift

Stations-/Bereichsleitung

Datum Stempel/Unterschrift

Pflegedienstleitung

Datum Stempel/Unterschrift

Leitung Praktische Ausbildung