

Anmeldeformular für die berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleiter*innen in den Gesundheitsberufen

Die Fortbildungen werden für die jeweiligen Berufe wie folgt geregelt:

§ 4 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 PflAPrV, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 ATA-OTA APrV, § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 MTAPrV, § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 HebStPrV und § 3 NotSan-APrV. In der Regel müssen diese einen Umfang von 24 Stunden pro Jahr haben.

Folgende Praxisanleiter*innen melden wir verbindlich an:

Anrede	Vorname	Name	Geb. Datum	Einsatzbereich/ Abteilung	gewünschter Termin

und sichern hiermit zu, dass die genannten Personen die jeweilige berufspädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleitung erfolgreich absolviert haben und diese bei Bedarf nachgewiesen werden kann.

Bei einem Rücktritt bis spätestens sieben Tage vor Kursbeginn und sofern kein Ersatztermin vereinbart werden kann, übernehmen wir als Einrichtung 50 % der Teilnahmegebühr pro nicht teilnehmender Person. Bei Nichterscheinen am Kurstag wird die volle Teilnahmegebühr fällig. Die Rechnung (gemäß Flyer, pro teilnehmender Person) ist in unserem Hause zu richten an:

Name der Einrichtung: _____

Frau/Herr: _____
(Vorname/Name)

Abteilung: _____ Telefon: _____
(Bezeichnung)

Adresse: _____
(Straße/PLZ/ Ort)

Name und Unterschrift der verantwortlichen dienstvorgesetzten Person der/des Praxisanleiter*in:

(Vorname/Name)

(Datum, Unterschrift)