

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe (Externenprüfung) an:

Gewünschter Ausbildungsbeginn: _____

- Pflege-Schulungszentrum**
- Neumünster, Gartenstraße 28, 24534 Neumünster, psz-neumuenster@ibaf.de
- Rendsburg, Elefantenstraße 13-15, 24768 Rendsburg, psz-rendsbuerg@ibaf.de
- Norderstedt, Rugenbarg 63a, 22848 Norderstedt, psz-norderstedt@ibaf.de
- Lübeck Walkmühlenweg 3, 23560 Lübeck, psz-luebeck@ibaf.de

Persönliche Daten

Nachname _____

Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Als Unterlagen habe ich beigefügt:

Persönliche Unterlagen

- Lebenslauf
- Personalausweis, bzw. Visum und/oder Aufenthaltstitel mit Zusatzblatt (liegt im Original vor/Kopie ggf. vom Aufenthaltstitel, um Ablaufdatum zu protokollieren)
- Ärztliche Bescheinigung (siehe Vordruck Seite 3) (bei Kursstart)
- Einfaches Führungszeugnis (bei Kursstart)

Nachweis über die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

- Mindestens erster allgemeinbildender Schulabschluss (oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss)

und

- Schriftliche Bestätigung des Betriebes über eine Beschäftigung von **mindestens 3 Jahren in Vollzeit** (mindestens 30 Stunden/Woche) im pflegerischen Bereich oder eine Beschäftigung in **Teilzeit von mindestens 5 Jahren** innerhalb der letzten 7 Jahre

Zusätzliche Unterlagen müssen bei ausländischen Schulabschlüssen nachgewiesen werden:

- Schulabschlusszeugnis in Originalsprache und als beglaubigte Übersetzung
- Gleichwertigkeitsbescheinigung des Schulabschlusses (ggf. Rückversicherung bei der zuständigen Behörde (SHIBB) bei Gleichwertigkeitsbescheinigungen aus anderen Bundesländern)
- B1-Zertifikat

Bitte senden Sie Ihr ausgefülltes Anmeldeformular zusammen mit den genannten Unterlagen an das von Ihnen ausgewählte Pflege-Schulungszentrum.

Datenschutzhinweis: Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nur intern.

Die Anmeldung ist erst mit der Bestätigung durch das Pflege-Schulungszentrum wirksam.

Landesamt SHIBB
Schleswig-Holsteinisches Institut für Berufliche Bildung
SG 21 Gesundheits- und Pflegeberufe
Sophienblatt 50a
24114 Kiel

Ärztliche Bescheinigung

**für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
Altenpflegehelfer/in bzw. Krankenpflegehelfer/in**

Name, Vorname _____

Geb. am _____ in _____

Wohnhaft _____

ist von mir heute untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass er/sie

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes geeignet ist.

aus folgendem Grund in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist:

Ort und Datum

Ärztliche Unterschrift

Stempel