|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Berufliche Schule Neuruppin der ASG**  – staatlich anerkannt –  **Alt Ruppiner Allee 40**  **16816 Neuruppin** |  | *– staatlich anerkannt –* |

**Nachweisbogen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)**

**Fachrichtung: Qualifizierung von Heilerziehungspfleger\*innen**

Bitte hier

Bild

einkleben bzw. einfügen.

**zu pädagogischen Fachkräften der Kindertages-betreuung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname: |  | Vorname: |  |
| Geburtsdatum/-ort: | **/** | Geburtsname: |  |
| Straße: |  | PLZ/Ort: |  |
| Familienstand: |  | Telefon: |  |
| Mobiltelefon: |  | E-Mail: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Schulische Ausbildungen*** | | | | | | | | Nachweis  beigefügt | |
| vom/bis (Datum) | Schulart | | Art des Abschlusses | | | Abschlussjahr | | *ja nein* | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | | |  | |  | |
| ***Berufliche Ausbildungen (einschließlich Berufsfachschul-, Fachschul- und (Fach-)Hochschulausbildungen)*** | | | | | | | | |  | |
| vom/bis (Datum) | Ausbildungsstätte | Ausbildungsberuf | | | Art des Abschlusses | | Abschlussjahr | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |
| ***Berufliche Tätigkeiten/betriebliche Erprobungsphasen*** | | | | | | | |  | |
| vom/bis (Datum) | bei (Arbeitgeber) | | | ausgeübter Beruf | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Beizufügende Anlagen*** |  |  |
| Bewerbungsanschreiben |  | Nachweise über für die Qualifikation förderliche berufliche |
| (mit Darlegung der Motivation für die angestrebte Qualifizierung) |  | Tätigkeiten oder Praktika |
| Tabellarischer Lebenslauf |  | Ärztliche Bescheinigung (des Hausarztes) zur gesundheitl. Eignung |
| Nachweis zum letzten bzw. höchsten schulischen Abschluss  Nachweise zu beruflichen Ausbildungsabschlüssen  Nachweis Hepatitis B Impfung |  | Erweitertes polizeiliches Führungszeugnis (max. 3 Monate alt)  1 aktuelles Lichtbild  Nachweis Masernimpfung |
|  |  |  |

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Ich stimme zu, dass meine personengebundenen Daten für Zwecke der Schulverwaltung gespeichert werden und zur abschließenden Prüfung der zuständigen Stelle vorgelegt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Ort, Datum) |  | (Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers) |