


- Anlagen
1. beglaubigte Kopie mittlerer Bildungsabschluss
 2. Tabellarischer Lebenslauf mit Passbild
 3. Ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung
 4. Angaben über die Praxisstelle

Bitte alle mit ▶ gekennzeichneten Felder deutlich lesbar ausfüllen. Nur vollständig ausgefüllte Aufnahmeanträge können bearbeitet werden.

5. Nachweis „Erste Hilfe“ Kurs

Persönliche Daten	Name:	▶		<p>Augusta-Bender-Schule Schillerstraße2 , 74821 Mosbach ☎ 06261 8908-50; Fax -52 send@augusta-bender-schule.de www.augusta-bender-schule.de Die Datenschutzbestimmungen finden Sie auf unserer Homepage.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Bild</p> </div>																											
	Vorname:	▶																													
	Geburtsname:	▶																													
	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers																												
	Geburtsdatum:	▶																													
	Geburtsort und -land:	▶																													
	Straße und Hausnummer:																														
	Postleitzahl:	▶																													
	Wohnort:	▶																													
	Telefon:	▶																													
	E-Mail	▶																													
Bezugsperson	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<p>Wird von der Schule ausgefüllt!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Datum</th> <th style="width: 20%;">Kurzz.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SVP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Hbj.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Abschl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brief</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Aufnahme</td> </tr> <tr> <td>Klasse</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAL/ FBL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">Stand Oktober 2019</td> </tr> </tbody> </table>		Datum	Kurzz.	SVP			1. Hbj.			1. Abschl			Brief			Aufnahme			Klasse			FAL/ FBL			Stand Oktober 2019		
		Datum	Kurzz.																												
	SVP																														
	1. Hbj.																														
	1. Abschl																														
	Brief																														
Aufnahme																															
Klasse																															
FAL/ FBL																															
Stand Oktober 2019																															
Name:	▶																														
Vorname:	▶																														
Straße und Hausnummer:	▶																														
Postleitzahl:	▶																														
Wohnort:	▶																														
Vorbildung	Schulabschluss:	▶																													
	Zuletzt besuchte Schule:	▶																													
	Schulort:	▶																													
	Klasse:	▶																													
Ich habe mich an den folgenden Schulen beworben: Bitte geben Sie an, welche Schule Ihre 1., 2. oder 3. Wahl ist. Ordnen Sie auch die Augusta-Bender-Schule mit ein.			1. _____ 2. _____ 3. _____																												
<input type="checkbox"/> Ich habe an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege einen Aufnahmeantrag gestellt Schule: _____																															
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits an einem Aufnahmeverfahren an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege teilgenommen Schule: _____																															
Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der obigen Daten und stimme/n der elektronischen Speicherung der Antragsdaten für schulische Zwecke zu. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Fehlerhafte Daten führen zur Rücknahme der Aufnahmezusage.																															
Datum																															
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers																															
Unterschrift der Erziehungsberechtigten (Beide)																															



Merkblatt Betroffenenrechte

Sie haben als von einer Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person folgende Rechte:

- Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO können Sie Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen.
- Gemäß Artikel 15 EU-DSGVO können Sie Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt
- wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen.
- Gemäß Artikel 16 EU-DSGVO können Sie die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.
- Gemäß Artikel 17 EU-DSGVO können Sie die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Gemäß Artikel 18 EU-DSGVO können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen oder wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen.
- Gemäß Artikel 21 EU-DSGVO können Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Dieses Widerspruchsrecht ist das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die für die Wahrnehmung einer uns übertragenen Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten Ihrer Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.
- Gemäß Artikel 20 EU-DSGVO können Sie Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns per Einwilligung bereitgestellt haben und die wir automatisiert verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen (Recht auf Datenübertragbarkeit).
- Gemäß Artikel 77 EU-DSGVO können Sie sich bei einer Datenschutz- Aufsichtsbehörde beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes wenden. In Baden Württemberg ist dies der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Hiermit versichere ich, dass ich die Betroffenenrechte zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Ort/ Datum

Name

Unterschrift

Anlage 4 zur Verwaltungsvorschrift „Datenschutz an öffentlichen Schulen“



Angaben über die Praxisstelle im Schuljahr 20 ____/____

- 1-jährige Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (1BFAHT)
- 2-jährige Berufsfachschule für Altenpflegehilfe für Migranten (2BFAHM)
- 3-jährige Berufsfachschule für Altenpflege (3BFA)
- Berufsfachschule für die Generalistische Pflegeausbildung (3BFP)
- 4-jährige Berufsfachschule für Altenpflege (4BFA)
- Fachschule für Weiterbildung in der Pflege: Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit (FPLT)
- Fachschule für Weiterbildung in der Pflege: Gerontopsychiatrie (FPGT)

Angaben zur Praxisanleitung

Praxisanleiter/-in:
(Name, Vorname)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in
- Staatl. geprüfte/-r Krankenschwester/-pfleger
- Mit Weiterbildung zur Praxisanleitung
- Sonst. Qualifikation

wird bei

der Schülerin / dem Schüler
(Name, Vorname)

die Praxisanleitung übernehmen.

Name und Art der Einrichtung:

Anschrift
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Telefon und E-Mail:

Leitung der Einrichtung:

Öffnungszeiten:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)
(Stempel der Einrichtung)



Ärztliches Attest

über die Eignung zur Berufsausbildung als Altenpfleger/-in

Frau/ Herr

geboren am: in:

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die gesundheitliche Eignung für die berufliche Tätigkeit als Altenpflegehelfer/-in vorliegt.

Der/die Genannte ist geistig und körperlich gesund; auch fanden sich keine Anzeichen für eine Suchtkrankheit.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel des Hausarztes