

Persönliche Daten	Name:	▶		Zur Aufnahme notwendige Anlagen: 1. <input type="checkbox"/> Aufnahmeantrag 2. <input type="checkbox"/> Tabellarischer Lebenslauf 3. <input type="checkbox"/> Merkblatt Betroffenenrechte 4. <input type="checkbox"/> Ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung 5. <u>Beglaubigte</u> Kopie: Ein Nachweis nötig! <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Positive Eignungsprognose der Augusta-Bender-Schule Mosbach <input type="checkbox"/> Gleichwertigkeitsbescheinigung eines ausländischen Schulabschlusses: Hauptschulabschluss 6. <input type="checkbox"/> <u>Beglaubigte</u> Kopie: Deutschkenntnisse der Niveaustufe A2 7. <input type="checkbox"/> Angaben über die Praxisanleitung 8. · Ausbildungsvertrag in dreifacher Ausfertigung		
	Vorname:	▶				
	Geburtsname:	▶				
	Geschlecht:	▶				
	Geburtsdatum:	▶				
	Geburtsort:	▶				
	Geburtsland:					
	Straße und Hausnummer:	▶				
	Postleitzahl:	▶				
	Wohnort:	▶				
Telefon:	▶					
E-Mail:	▶					
Notfallkontakt	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Wird von der Schule ausgefüllt!		
	Name:	▶			Datum	Kurzz.
	Vorname:	▶		ASV		
	Straße und Hausnummer:	▶				
	Postleitzahl: Wohnort:	▶ ▶		Fehlende Unterlagen wurden eingefordert am:		
	Ständige telefon. Erreichbarkeit	▶				
Vorbildung	Schulabschluss:	▶		Zusage Brief <input type="text"/> Absage Brief <input type="text"/>		
	Zuletzt besuchte Schule:	▶		Aufnahme:		
	Schulort:	▶		Klasse <input type="text"/> FAL/FBL <input type="text"/>		
	Klasse:	▶				

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 schutz- würdige 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

**Angaben über die Praxisanleitung nach APrOAltPflHi § 12 Praxisanleitung im
Schuljahr 20__/__**

Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA):
Name der Schülerin / des Schülers:
Klasse: Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> 1BFAHT
Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA) bzw. Name der Praxisstelle eines Pflichteinsatzes:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon, Fax, Mail)
Verantwortliche/-r für die Durchführung des Praxiseinsatzes (EL bzw. PDL):

Die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler wird von folgenden
Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern betreut:

Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: (1) geeignete Fachkraft mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege sowie die Fähigkeit zur Praxisleitung (berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung) <input type="checkbox"/> AltenpflegerIn <input type="checkbox"/> Gesundheits- & KrankenpflegerIn <input type="checkbox"/> Gesundheits- & KinderkrankenpflegerIn
Stellvertretende/r Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: (2) geeignete Fachkraft mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Altenpflege sowie die Fähigkeit zur Praxisleitung (berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung) <input type="checkbox"/> AltenpflegerIn <input type="checkbox"/> Gesundheits- und KrankenpflegerIn <input type="checkbox"/> Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn

(Datum) (Unterschrift)

(Stempel der Einrichtung)

¹ berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich [PflAPrV §4(3)] ODER Für Personen, die am 31. Dezember 2019 nachweislich über die Qualifikation zur Praxisanleitung nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen, wird diese der berufspädagogischen Zusatzqualifikation gleichgestellt. [PflAPrV §4(3)] PflAPrV § 64 Fortgeltung der Berufsbezeichnung PflAPrV § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 Führen der Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege; ² Siehe Fußnote 1

Bewerbung ohne Hauptschulabschluss

Vor- und Zuname:	
Straße mit Hausnummer:	
Wohnort mit Postleitzahl:	
Telefonnummer:	
E-Mail	

Hiermit beantrage ich ein Gespräch für eine positive Eignungsprognose, die den Hauptschulabschluss ersetzen soll.

Ort/ Datum

Name

Unterschrift

Hiermit bestätigt die Einrichtung:

, dass die oben genannte Person als Auszubildende für den Altenpflegehelfer (einjährig/zweijährig) in Betracht gezogen wird, sollten die Aufnahmevoraussetzungen erfüllt sein.

(Datum) (Unterschrift)

(Stempel der Einrichtung)

Ärztliches Attest

über die Eignung zur Berufsausbildung als Pflegehilfskraft

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel
der Hausärztin / des Hausarzt