

Name: \_\_\_\_\_

## **Bewerbungsunterlagen**

**Ausbildung zur/zum staatlich anerkannte/n Pflegefachfrau/-mann**

**Deutsche Angestellten-Akademie  
DAA Pflegeschule Albstadt  
Marktstraße 30  
72458 Albstadt  
Telefon: 07431 5912541  
Telefax: 07431 5912543  
E-Mail: [info.albstadt@daa.de](mailto:info.albstadt@daa.de)**

# Checkliste

## Bewerbungsunterlagen



**Deutsche Angestellten-Akademie**  
DAA Pflegeschule Albstadt

Marktstraße 30 72458 Albstadt  
Telefon 07431 5912541  
Telefax 07431 5912543  
www.altenpflegeschule-albstadt.de

### Absender

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

Den Bewerbungsunterlagen für die Ausbildung zur/zum staatlich anerkannten Pflegefachfrau/-mann sind unten aufgeführte beglaubigte Abschriften oder beglaubigte Fotokopien beizufügen.

**Bitte kreuzen Sie die Liste an:**

Bewerbungsunterlagen	beigefügt
Bewerbungsschreiben	
Lebenslauf (vollständig und aktuell)	
Handgeschriebener vollständig ausgefüllter Aufnahmeantrag und Personalbogen	
Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde	
Schulabgangszeugnis <b>bei Hauptschulabschluss:</b> →Zeugnis über abgeschlossene mind. 2-Jährige Berufsausbildung →Zeugnis über abgeschlossene Altenpflegehilfe-Ausbildung <b>ab Schuljahr 2015/2016</b> →Zeugnis über abgeschlossene Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	
Arbeitszeugnisse als Tätigkeitsnachweis über die bisher ausgeführten Tätigkeiten	
Ärztliches Attest	
Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)	
Zwei neue Passbilder mit Namensangabe auf der Rückseite	

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

# Aufnahmeantrag Personalbogen

Deutsche Angestellten-Akademie  
DAA Pflegeschule Albstadt

Marktstraße 30 72458 Albstadt  
Telefon 07431 5912541  
Telefax 07431 5912543  
www.altenpflegeschule-albstadt.de

**Hiermit bewerbe ich mich um die Aufnahme in die**

DAA Pflegeschule Albstadt für die **Pflegefachfrau/-mann** Ausbildung

**Zu meiner Person mache ich folgende Angaben:**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsname:</b>	<b>Konfession:</b>
<b>Straße, Hausnummer:</b>	<b>PLZ und Wohnort:</b>
<b>Bundesland:</b>	<b>Landkreis:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort / Land:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Mobilfunknummer:</b>
<b>Email-Adresse:</b>	<b>Nationalität:</b>
<b>Überwiegend gesprochene Sprache in der Familie:</b>	<b>Sprache:</b>
<b>Migrationshintergrund:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Schulabschluss (bitte alle Zeugnisse beifügen – beglaubigte Kopie):</b> <input type="checkbox"/> Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachschulreife oder mittlerer Bildungsabschluss an einer beruflichen Schule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Realschulabschluss an einem Gymnasium <input type="checkbox"/> Realschulabschluss an einer Realschule <input type="checkbox"/> Realschulabschluss an einer Hauptschule (z. B. 9+1) <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss bzw. Versetzungszeugnis in die 10. Klassenstufe <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr <input type="checkbox"/> Berufseinsteigerjahr <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

**Ausländischer Schulabschluss**     ja                       nein

Die Anerkennung des Schulabschlusses wurde beim Regierungspräsidium Stuttgart beantragt                       ja                       nein

**Abgeschlossene Berufsausbildung**

nein                       ja, als \_\_\_\_\_

**Vor der Teilnahme arbeitslos:**

ja, seit \_\_\_\_\_                       nein

**Ich habe eine Zusage auf einen praktischen Ausbildungsplatz:**

nein                       ja

zur / zum Pflegefachfrau/-mann

der Ausbildungsvertrag liegt mir vor

der Ausbildungsvertrag liegt mir noch nicht vor

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

Ausbildungsende: \_\_\_\_\_

**Name und vollständige Adresse der Einrichtung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

**Führerschein vorhanden:**

nein                       ja, Klasse(n) \_\_\_\_\_

**Förderung durch die Agentur für Arbeit:**

ja                       nein

**Ich habe mich schon einmal bei Ihnen beworben.**

nein                       ja, im Jahr \_\_\_\_\_

**Ich habe mich an einer / mehreren anderen Altenpflegeschule/n beworben.**

nein  ja, in \_\_\_\_\_

**Ich habe bereits am Auswahlverfahren einer anderen / mehrerer anderer Altenpflegeschulen /n teilgenommen.**

nein  ja, in \_\_\_\_\_

**Ausbildungsweg, Berufstätigkeit und Praktika**

(Bitte eine lückenlose Darstellung in zeitlicher Reihenfolge; Angaben der Prüfung und ob diese bestanden wurde. Falls eine Schule oder ein Studium abgebrochen wurde, bitte begründen):

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Art der Tätigkeit</b>	<b>Bemerkungen</b>
------------	------------	--------------------------	--------------------

(weitere Angaben auf gesondertem Blatt)

**Ich bestätige und nehme zur Kenntnis**

Die auf diesem Vordruck gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit. Unrichtige Angaben haben den Ausschluss aus der Schule zur Folge.

Datum, Ort

Unterschrift

(Arztstempel)

## Ärztliches Zeugnis

Für Frau/Herr \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Ich habe festgestellt, dass die für die Berufliche Tätigkeit als Pflegefachfrau/mann die erforderliche gesundheitliche Eignung vorliegt und die/der Genannte nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht in der Ausbildung dieses Berufes eingeschränkt ist.

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Arztes



# Bewerberanmeldeformular

von Pflegeschule an Pflegekoordinationsstelle ZAK

Pflegeschule:	<input type="checkbox"/> BSZ Hechingen <input type="checkbox"/> DAA Albstadt <input type="checkbox"/> Akademie für Gesundheitsberufe
	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname / Geburtsname:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum und Geburtsort:	
Nationalität:	
Name und Adresse des Trägers der praktischen Ausbildung:	
Mobilität mit (eigenem) Auto vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auf ÖPNV angewiesen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anmerkungen:	

Datenfreigabe der/s Bewerberin/s auch zur Weiterleitung an Einsatzstellen:

\_\_\_\_\_

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegeschulen:

\_\_\_\_\_

Eingangsdatum Pflegekoordinationsstelle ZAK:

\_\_\_\_\_