
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Foto

FIVE e.V. | AGP Sozialforschung

Frau Stefanie Oyoyo
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg

Tel.: 0761/47812-18

Fax: 0761/47812-699

A n m e l d u n g - Weiterbildung Case Management 2018/19 in Freiburg

Hiermit melde ich mich verbindlich zur berufsbegleitenden Weiterbildung

Case Management

von April 2018 bis April 2019 an.

Dem Anmeldeformular sind die Nachweise über ein abgeschlossenes einschlägiges Hochschulstudium (BA/ Fachhochschule/ Universität) und über eine mindestens einjährige Berufserfahrung beizufügen.

Studienabschluss _____

Berufstätigkeit _____

Die jeweiligen Nachweise, z. B. Kopie des Diplom- bzw. Abschlusszeugnisses und Arbeitszeugnisse bisheriger Arbeitgeber, sowie eine vom derzeitigen Arbeitgeber bestätigte aktuelle Tätigkeitsbeschreibung (mit Eintrittsdatum, Funktion und Auflistung der Aufgaben) sind beizufügen.

Des Weiteren sind Nachweise über Befähigungen und Kenntnisse zu erbringen in

- Kommunikations- und Gesprächsführung (min. 54 Stunden)
- Moderation (min. 18 Stunden)
- Allgemeine sozialrechtliche Kenntnisse (min. 48 Stunden)
- Selbstreflexion (min. 36 Stunden)

- Die Nachweise in Form von Seminarteilnahmebescheinigungen oder Bescheinigungen des Arbeitgebers sind beizufügen.
- O. g. Befähigungen und Kenntnisse werden während der Weiterbildung zusätzlich erworben.
- Die Weiterbildungsgebühr wird in einem Zusatzvertrag ausgewiesen.
- Die Weiterbildungsgebühr wird von meinem **Arbeitgeber** übernommen. Bitte senden Sie die Gebührenrechnung an die umseitig angegebene Adresse:

Ggf.: Die Rechnung geht zu Händen von _____

Die Inhalte der Weiterbildung, insbesondere die Rücktrittsbestimmungen, sind mir bekannt und werden von mir anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift

Für die Erstellung der Teilnehmendenliste und des Zertifikates bitten wir um folgende Angaben:

Angaben TeilnehmerIn

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon (privat) _____

Telefon (mobil) _____

E-Mail (privat) _____

Geburtsdatum _____

Arbeitsfeld _____

Angaben Arbeitgeber >> nur wenn der Arbeitgeber die Weiterbildungsgebühr übernimmt <<

Arbeitgeber _____

Position/Funktion _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon (dienstl.) _____

E-Mail (dienstl.) _____

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten für interne Zwecke von AGP Sozialforschung und in Form einer Teilnehmendenliste zur Ausgabe an die Teilnehmenden der von mir besuchten Weiterbildung verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift