

Persönliche Informationen Teilnehmer*in

| | | |
|---|---------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| _____ | _____ | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse | |
| _____ | _____ | |
| Bei WfbM / Anderer Leistungsanbieter seit | Ausgeübte Tätigkeit | |

Beschäftigungsbetrieb und Rechnungsadresse

| | |
|---|----------------|
| _____ | |
| Beschäftigungsbetrieb / Vertragspartner | |
| _____ | |
| Straße und Hausnummer | |
| _____ | |
| Postleitzahl und Wohnort | |
| _____ | _____ |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse |

Anmeldung

SPZ-Wahlmöglichkeiten: Vertiefungswoche 1

- Vertiefung Option 1.1: Psychische Erkrankungen (08.04.24 – 12.04.24)
- Vertiefung Option 1.2: Erworbene Hirnschädigung (08.04.24 – 12.04.24)

SPZ-Wahlmöglichkeiten: Vertiefungswoche 2

- Vertiefung Option 2.1: Geistige Behinderung/Lernbehinderung (04.11.24 – 08.11.24)
- Vertiefung Option 2.2: Körper/Sinnesbehinderung (11.11.24 – 15.11.24)

Optionen und Unterschrift

Informationen über das input inklusiv Bildungscampus Fortbildungsprogramm gewünscht, wenn ja

- an persönliche E-Mail-Adresse, an E-Mail-Adresse der Dienststelle

Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

| | | |
|------------|----------------------------|---------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Ort, Datum | Unterschrift Teilnehmer*in | Unterschrift Vertragspartner*in |

Mit einer Unterschrift werden die allgemeinen Geschäftsbedingungen der input inklusiv gGmbH und die Geschäftsvereinbarungen für die Weiterbildung anerkannt.