

## Persönliche Informationen Teilnehmer\*in

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

## Beschäftigungsbetrieb und Rechnungsadresse

_____	
Beschäftigungsbetrieb / Vertragspartner	
_____	
Ansprechpartner*in Betrieb	
_____	
Straße und Hausnummer	
_____	
Postleitzahl und Wohnort	
_____	
_____	_____
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

## Anmeldung

- Anmeldung für die SPZ im Zeitraum von 04.03.2024 – 17.01.2025
  - SPZ-Wahlmöglichkeiten: Vertiefungswoche 1\*
  - Vertiefung Option 1.1: Psychische Erkrankungen
  - Vertiefung Option 1.2: Erworbene Hirnschädigung
  - SPZ-Wahlmöglichkeiten: Vertiefungswoche 2\*
  - Vertiefung Option 2.1: Geistige Behinderung/Lernbehinderung
  - Vertiefung Option 2.2: Körper/Sinnesbehinderung
  - \*je Vertiefungswoche ist eine Vertiefungsoption wählbar*
  
- Anmeldung für den gFAB-Aufbaukurs im Zeitraum Februar 2025 – September 2025  
(Voraussetzung abgeschlossene SPZ)

# Anmeldung SPZ / gFAB März 2024



Bitte fügen Sie der Anmeldung folgendes bei:

- Tabellarischer Lebenslauf
- Kopie des Abschlusszeugnisses der Berufsausbildung
- Nachweis über eine mindestens 2-jährige Berufspraxis nach der Abschlussprüfung oder über eine mindestens 6-jährige Berufspraxis (Bestätigung des Arbeitgebers)
- Nachweis über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit in der Behindertenarbeit (Bestätigung des Arbeitgebers)

## 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.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmer\*in

---

Unterschrift Vertragspartner\*in