

Persönliche Informationen Teilnehmer*in

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Telefonnummer privat	E-Mail-Adresse	

Berufsausbildung		

Bei WfbM / Anderer Leistungsanbieter seit	Ausgeübte Tätigkeit in der WfbM	

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 01.02.2027 – 29.01.2028
- Anmeldung für den gFAB-Aufbaukurs im Zeitraum Februar 2028 – Juli 2028
(Voraussetzung abgeschlossene SPZ)

Bitte fügen Sie der Anmeldung folgendes bei:

- Tabellarischer Lebenslauf
- Kopie des Abschlusszeugnisses der Berufsausbildung
- **Nur bei gFAB:** Nachweis über eine mindestens 2-jährige Berufspraxis nach der Abschlussprüfung oder über eine mindestens 6-jährige Berufspraxis (Bestätigung des Arbeitgebers)
- **Nur bei gFAB:** 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 Werkstatt