



Informationen zum Bewerbungsverfahren der Altenpflege Ausbildung

Bitte reichen Sie vollständige Bewerbungsunterlagen ein!

Bewerber/in: _____

Ausbildungsvertrag in dreifacher Ausfertigung	<input type="checkbox"/>
Tabellarischer Lebenslauf	<input type="checkbox"/>
Ein Lichtbild	<input type="checkbox"/>
Beglaubigte Kopie des Schulzeugnisses das mindestens den mittleren Bildungsabschluss beinhaltet	<input type="checkbox"/>
oder eines gleich- oder höherwertigen Bildungsabschlusses;	
bei ausländischen Zeugnissen den Gleichstellungsbescheid, aus dem der entsprechende Schulabschluss hervorgeht	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung des Ausbildungsbetriebs, dass gemäß §5 AltPflHiG die Eignung zur Ausübung des Berufes vorliegt:	<input type="checkbox"/>
<i>alternativ:</i> Attest über die gesundheitliche Eignung ^{*1}	<input type="checkbox"/>
und aktuelles einfaches polizeiliches Führungszeugnis ^{*1}	<input type="checkbox"/>

Die aktuellen Verträge finden sie unter:

<http://www.caritas-akademie-saar.de/ausbildung/altenpfleger-in/altenpfleger-in>

oder unter

https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/vertraege/uebergreifend/muster-ausbildungsvertrag-altenpflegehelfer_in.pdf

^{*1} Zum Ausbildungsbeginn nicht älter als 3 Monate (Erstelldatum ab Juli des Jahres des Ausbildungsbeginn)

Name der Einrichtung / des ambulanten Dienstes:

Straße:

PLZ Ort:

Bescheinigung
über die gesundheitliche und persönliche Eignung
zur Ausbildung als Altenpflegehelferin / als Altenpflegehelfer
zur Ausbildung als Altenpflegerin / als Altenpfleger

Hiermit bescheinigen wir, dass wir uns bei Ausbildungsbeginn (durch Vorlage eines geeigneten, ärztlichen Attests sowie eines aktuellen polizeilichen Führungszeugnisses) davon überzeugt haben, dass die Schülerin / der Schüler

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

gemäß §6 AltPflG bzw. §5 AltPflHiG in gesundheitlicher Sicht für den Beruf geeignet ist
sowie

sich gemäß §2 AltPflG bzw. §2 AltPflHiG nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Ärztliches Attest

Frau/Herr

geboren am

in

Ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in | <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Med. technische Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Orthoptistin | <input type="checkbox"/> |

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Probanden durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel oder Siegel