# Anmeldung Weiterbildung Teamleiterin, Teamleiter 2025

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** |       | **Vorname** |       |
| **Geburts-datum** |       | **Telefon P.** |       |
| **Strasse/Nr.** |       | **PLZ, Ort** |       |
| **AHV-Nummer** |       | **E-Mail** |       |
|  |  | **Telefon G.** |       |
| **Name der Institution** |       |
| **Adresse der Institution** |       |
| **Funktion in der Einrichtung** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Bitte ankreuzen, wenn die Rechnungstellung an Sie erfolgen soll *(Kostenbeteiligung durch den Bund nur dann, wenn die Rechnung an die Teilnehmenden gerichtet ist; siehe:* [*https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/de/home/bildung/hbb/finanzierung.html#-1141721085*](https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/de/home/bildung/hbb/finanzierung.html#-1141721085)*)* |
| **[ ]**  | Bitte ankreuzen, wenn die Rechnungstellung an die Institution erfolgen soll |
| **[ ]**  | Bestätigung des Arbeitgebenden, dass Personalführungsaufgaben während der Weiterbildung in der Praxis geübt werden können, liegt bei |
| **[ ]**  | Kopie des Ausbildungsabschlusses im Bereich Soziales, mindestens auf Stufe EFZ liegt bei |

**Berufliche Ausbildung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jahr (von … bis)** | **Ausbildung (Name, Ort)** | **Abschluss als** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Arbeitserfahrung im Sozialbereich**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jahr (von … bis)** | **Fachbereich** | **Funktion** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift** |  |

*Anmeldeschluss ist der 30. August 2025. Die Anmeldungen werden nach Eingang berücksichtigt.*