

**Sie können dieses Formular am Bildschirm bearbeiten.
Anschließend bitte unbedingt ausdrucken und unterschreiben!**

Diese Seite ist notwendig, damit beim doppelseitigen Drucken der Personalbogen zusammen gehalten wird.

BEWERBUNGSUNTERLAGEN FÜR WEITERBILDUNGEN

Schulzentrum

Referat für Fort- und Weiterbildung

BEWERBUNGSUNTERLAGEN FÜR DIE WEITERBILDUNGEN

Stand 08/2018

Zur Prüfung und zum Nachweis der Voraussetzungen zur Weiterbildung benötigen wir die nachstehenden Bewerbungsunterlagen. Wir bitten Sie, uns diese umgehend zuzusenden, soweit sie uns noch nicht vorliegen.

- Motivationsschreiben
- Personalbogen (beiliegend)
- Nachweis eines Beschäftigungsverhältnisses im Gebiet der angestrebten Weiterbildung mit mindestens 50% der tariflichen Arbeitszeit (beiliegend)
- die Zustimmung der Klinik zur Teilnahme (beiliegend)
- bei externen Bewerbungen die "Erklärung zur Zahlung der Weiterbildungsgebühren" (beiliegend)

nach Aufforderung der Weiterbildungsstätte

- Urkunde über die Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung eines staatlich anerkannten Gesundheitsfachberufes¹ (amtlich beglaubigte Kopie)
- eine Geburts- / Heiratsurkunde (Original oder Abschrift) vorzulegen.

Bitte beachten Sie:

Nach §31 des saarländischen Datenschutzgesetzes müssen wir Ihre Unterlagen nach einer Absage vernichten bzw. löschen. Senden Sie daher keine Originale, außer Sie legen einen ausreichend frankierten DIN A4 Umschlag bei. Bis zu 4 Wochen nach Kursbeginn können Sie Ihre Bewerbungsunterlagen persönlich abholen. Senden Sie uns keine Mappen und/oder Hüllen!

Rückfragen sind unter der Telefonnummer 06841/1623700 möglich.

¹ Siehe Lehrgangsinformation der jeweiligen Weiterbildung

PERSONALBOGEN

für die staatliche anerkannte Weiterbildung:

Eingang am:
Sachbearbeiter:

- Intensivpflege und Anästhesie (inkl. Pädiatrie)
- Operativer und endoskopischer Funktionsdienst
- Praxisanleitung
- Schmerz, Onkologie und Palliativmedizin und im Hospiz

Familienname	
Vorname/n (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname	
Geburtsdatum	Eingabeformat: tt.mm.jjjj
Geburtsort: Stadt Land	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> andere
Staatsangehörigkeit	<small>Tippen Sie den Anfangsbuchstaben Ihrer Staatsangehörigkeit so lange, bis die Buchstabenfolge stimmt z.B. D oder USA</small>
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mobil	
E-Mail	

Personalnummer	<small>Diese Angabe ist nur erforderlich, wenn Sie Mitarbeiter/in des Universitätsklinikums sind.</small>
Diensttelefon Ggf. Dienst-E-Mail	
Fachklinik, Station / Abteilung (vollst. Bezeichnung)	
Krankenhaus (vollst. Bezeichnung)	
Vollständige Adresse des Krankenhauses	

Schulabschluss

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	Schule Ort	Jahr

Berufliche Ausbildung und Weiterbildungen

Berufsbezeichnung / Zusatzbezeichnung	Bildungsstätte Ort	von - bis

Berufliche Laufbahn

Ausgeübter Beruf	Arbeitgeber	von - bis

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) einverstanden

Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER KLINIKLEITUNG

Wir erklären uns mit der Teilnahme von Frau / Herrn _____

an der Weiterbildungsmaßnahme _____
(angestrebte Weiterbildungsart angeben)

ab dem: _____ beim Referat für Fort- und Weiterbildung im Universitätsklinikum in Homburg/Saar einverstanden.

Die Schulordnung hat uns vorgelegen. Wir sind bereit, dem / der o.g. Mitarbeiter/in zu den Weiterbildungsveranstaltungen die im Kooperationsvertrag vereinbarten Voraussetzungen zur Weiterbildung nach der jeweils gültigen Verordnung zu gewähren, insbesondere die regelmäßige Teilnahme am Unterricht, den vorgeschriebenen praktischen Einsätzen in den Fachrichtungen, sowie die dort erforderlichen praktischen Unterweisungen zu ermöglichen. Der/die Bewerber/in verfügt über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung eines gesetzlich geregelten Gesundheits- oder Altenpflegefachberufs.

Nachweis der praktischen Tätigkeit

Der/die o.g. Mitarbeiter/in war von/ ist seit _____ bis _____

als _____ bei uns beschäftigt.
(Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnung)

Wir bestätigen der/dem o.g. Mitarbeiter/in, dass sie für die vorgesehene Zeit der Weiterbildungsmaßnahme in einem Dienstverhältnis mit mindestens _____ % der tariflichen Arbeitszeit bei uns steht²⁾.

Ort, Datum

Unterschrift der Pflegedienstleitung

Stempel

Unterschrift der Verwaltung
(nur bei externen Teilnehmern)

Stempel

²⁾ bei Teilzeitarbeit kann sich der praktische Teil einer Weiterbildung entsprechend verlängern

NUR FÜR EXTERNE BEWERBER/INNEN:

Erklärung zur Zahlung der Kursgebühren

für Frau / Herr : _____, _____
Vorname Name

Die Gebühren für die Weiterbildung gemäß Preisliste von 08/2017

- Intensivpflege und Anästhesie (720 Std.)
- Operativer und endoskopischer Funktionsdienst (720 Std.)
- Praxisanleitung (240 Std.)
- Schmerz, Onkologie und Palliativmedizin (720 Std.) oder Einzelmodule
- Basis Schmerz Onkologie Palliativ
- werden von unserer Klinik übernommen*.**

Ort und Datum:

Stempel

Unterschrift Pflegedienstleitung i. A. der Klinikleitung

- werden von der/dem Teilnehmer/in selbst getragen*.**

Ort und Datum:

Unterschrift Teilnehmer/in

*Zutreffendes bitte ankreuzen

- die Einzahlung der Gesamtsumme von EUR _____ nach Ablauf der ersten drei Monate der Weiterbildung.
- die Einzahlung in Raten
 - vierteljährlich EUR _____
 - monatlich EUR _____

auf das Konto der Deutschen Bundesbank

IBAN: DE86 5900 0000 0059 0015 12

BIC/Swift: MARKDEF1590

Bitte als Verwendungszweck angeben: "Gebühren für die Weiterbildung (Bitte Fachrichtung angeben)"

Preisliste

Stand 05/2018

Intensivpflege und Anästhesie inklusive Pädiatrie (720 Std.)		3900.-€
Funktionsdienst (OP/Endoskopie)	(720 Std.)	5300.-€
Praxisanleiter	(240 Std.)	1300.-€
Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin (720Std.) *		5300.-€

1. Preis pro Modul:	1600.- €
2. Preis pro Modul bei Buchung von 2 Modulen:	1550.- €
3. Preis pro Modul bei Buchung von 3 Modulen:	1490.- €
4. Preis pro Modul bei Buchung von 4 Modulen:	1325.- €

*Preisliste Stand 08/2018

Die reduzierten Modulpreise gelten ausschließlich bei zeitgleicher Buchung von mindestens zwei Modulen.
Informationen zur Ratenzahlung in der Fachweiterbildung SOP entnehmen Sie bitte der [Preisliste](#)