



**Angaben des Teilnehmers**

Name:	
Nachname:	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Mitgliedsnummer Pflegekammer RLP:	
Einzureichende Unterlagen	Lebenslauf, Bestätigung Berufserfahrung als Fachkraft seit mind. einem Jahr (durch Arbeitgeber)

**Angaben der Einrichtung**

Name der Einrichtung:	
Träger:	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Telefon	
E-Mail	
Ansprechpartner:	

**Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass wir die Teilnahme des o.g. Mitarbeiters an der Weiterbildung „Praxisanleiter in der Pflege“ befürworten.**

**Die Kosten für die Weiterbildung von 1600€ trägt**

**der Mitarbeiter**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

**die Einrichtung**

Hinweis: aufgrund der Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung können die Kosten für die Qualifizierung der Praxisanleitung über das zu verhandelnde Ausbildungsbudget refinanziert werden (§5 Abs. 1, §6 Abs. 1 i.V.m. Anlage 1 der Verordnung)

Bitte zurücksenden an: [Altenpflegeschule.ludwigshafen@caritas-speyer.de](mailto:Altenpflegeschule.ludwigshafen@caritas-speyer.de) oder Fax an 0621 6375442

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift Einrichtung