

## Antrag zur Teilnahme an der pflegerischen Fachweiterbildung „Intermediate Care Pflege“ (DKG)

Name  Vorname  Geburtsdatum

Arbeitsbereich und seit wann dort tätig  Name der Einrichtung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit:  v. H. (Std./wöchentlich)

### Persönliche Angaben

Telefon/ Mobiltelefon (privat)  Telefon (dienstlich)

E-Mail Adresse (dienstlich)

Straße, Hausnummer  Postleitzahl, Wohnort

Berufsabschluss  Datum der Berufserlaubnis

\_\_\_\_\_  
Kenntnisnahme der AGB's  Datum/ Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Name der Bereichsleitung  Datum/ Einverständnis zur Teilnahme der Bereichsleitung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegedienstleitung (PDL)  Datum/ Bestätigung der gemachten Angaben/  
Einverständnis zur Teilnahme der Pflegedienstleitung

**Welche persönlichen Beweggründe haben Sie dazu veranlasst, sich für diese pflegerische Weiterbildung zu bewerben?**