



Bereich „Mensch für Mensch“
 Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH
 Gärtnerstraße 2, 09306 Rochlitz
 Tel.: 03737 7875351
 Fax: 03737 7875640



LANDKREIS MITTWEIDA KRANKENHAUS
 GEMEINNÜTZIGE GMBH

BEWERBUNGSBOGEN ZUM FREIWILLIGEN SOZIALEN JAHR

1. FRAGEN ZUR PERSON

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort, Landkreis _____

Geburtsdatum / - ort _____

Familienstand / Kinder _____ Staatsangehörigkeit _____

Telefonnummer _____ Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Führerschein Klasse _____

2. SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG

kein Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung als: _____

Hauptschulabschluss abgebrochene Berufsausbildung als: _____

Mittelschulabschluss abgeschlossenes Studium als: _____

Abitur/ Fachabitur abgebrochenes Studium als: _____

Haben Sie schon Erfahrungen in erzieherischer oder pflegerischer Tätigkeit gesammelt?

Welches Berufsziel streben Sie an?



LANDKREIS MITTWEIDA KRANKENHAUS
GEMEINNÜTZIGE GMBH

3. FRAGEN ZUM FREIWILLIGEN SOZIALEN JAHR

In welchem sozialen Bereich würden Sie sich gern engagieren?

- Einsatzbereiche:
- Gesundheits- und Krankenpflege
 - Kinder- und Jugendpsychiatrien
 - Blutspendeeinrichtungen
 - Wohnheime für Menschen mit Behinderung
 - Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen
 - Wohnheime für Menschen mit Behinderung
 - Rehabilitations- und Kureinrichtungen
 - ambulante und stationäre Altenpflege
 - Schulen und Förderschule
 - Kinderheime
 - Kindertagesstätten

WANN MÖCHTEN SIE IHR FREIWILLIGES SOZIALES JAHR BEGINNEN?

_____ / _____
Monat Jahr

4. SONSTIGE ANMERKUNGEN

(z.B. gesundheitliche Einschränkungen)

5. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung meiner personengebundenen Daten einverstanden, soweit ihre Nutzung zur Vermittlung einer Einsatzstelle und zum Abschluss einer Vereinbarung im Rahmen der Teilnahme an einem Freiwilligen Sozialen Jahr erfolgt.

Meine persönlichen Daten dürfen für statistische Zwecke nicht verwendet werden. Nach Abwicklung des Freiwilligen Sozialen Jahres werden diese Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Ort, Datum

bei Minderjährigen Einverständnis eines Sorgeberechtigten

telefonisch erreichbar unter: _____