

Anmeldung für Kurs __, ID ____

Qualifizierung Fachkraft in bayerischen Kindertageseinrichtungen

ICH MELDE MICH VERBINDLICH ZUR WEITERBILDUNG AN:

Bitte geben Sie Ihre persönlichen Kontaktdaten an, über die Sie erreichbar sind.

Anrede:

Herr

Frau

Divers

Nachname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum, Geburtsort

Telefon

Email

Ich habe die Teilnahmebedingungen und Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen und erkenne Sie mit meiner Unterschrift an.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer:in

DIE RECHNUNGSSTELLUNG ERFOLGT AN:

Name/ Firma

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Email

Ort, Datum_____
Unterschrift Rechnungsempfänger

ICH BESTÄTIGE, DASS ICH ALLE VORAUSSETZUNGEN ZU TEILNAHME ERFÜLLE

- Ich bestätige, dass ich das Mindestalter für die Teilnahme von 25 Jahren erfülle.
- Ich bestätige, dass ich bereits mindestens zwei Jahre eine Tätigkeit auf Ergänzungskraftniveau (mit mind. 50 % Arbeitszeit) ausgeführt habe.
- Ich bestätige, dass ein Arbeitsverhältnis von mindestens 50 % als genehmigte Ergänzungskraft mit Praxisanleitung durch eine Fachkraft zu Beginn der Qualifizierung besteht.
- Ich bestätige, dass ich das deutsche Sprachniveau von mindesten B2 erreicht habe.
- Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß von mir gemacht wurden und alle Nachweise für die Zugangsvoraussetzungen vorliegen. Mir ist bewusst, dass Falschangaben zum sofortigen Ausschluss von der Weiterbildung führen und mein Anspruch auf Kostenerstattung erlischt.

Ort, Datum_____
Unterschrift Teilnehmer:in

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENWEITERGABE KITA HUB

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten (Name, E-Mailadresse und Arbeitgeber) für die Registrierung auf der online Plattform KITA HUB an das Staatsinstitut für Frühpädagogik und Medienkompetenz weitergegeben werden dürfen.

Der KITA HUB ist eine digitale, kostenfreie und datenschutzkonforme Infrastruktur für alle Kitas in Bayern und bildet die Grundlage für die online Selbstlerneinheiten als auch den internen Austausch im Rahmen der Qualifizierung.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer:in