|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldung**  **Lehrgang Organisationsleiter/in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich**  **OL-9 / Januar 2025 – November 2026** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** | |
| Name, Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ + Ort |  |
| Geburtsdatum |  |
| Telefon privat |  |
| Mobiltelefon |  |
| E-Mail privat |  |

Foto

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben für kantonale Statistik** | |
| Steuerrechtlicher Wohnsitz / Kanton |  |
| Staatsangehörigkeit / Heimatort |  |
| AHV-Nr. | 756.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitgeber** | | |
| Name Arbeitgeber |  | |
| Trägerstruktur (Verein, GmbH, andere) | |  |
| Adresse |  | |
| PLZ + Ort |  | |
| Telefon |  | |
| E-Mail |  | |
| Internetadresse |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funktion/Tätigkeit** | | | | | |
| Gegenwärtige Funktionsbezeichnung  (bitte Organigramm beilegen) | | | | | ☐ Bereichsleitung  ☐ Co-Leitung  ☐ andere: |
| Gegenwärtige Hauptaufgaben | | | | | |
| In dieser Funktion seit | |  | | | |
| Leitungsumfang in Prozenten | |  | | | |
| Anzahl der Ihnen unterstellten päd. ausgebildeten Mitarbeiter: | | | |  | |
| **Führungserfahrung (ausgebildete Fachkraft, mind. >2 Jahre Erfahrung)** | | | | | |
|  | Gruppenleitung | | Bereichsleitung | | |
| Anzahl Jahre |  | |  | | |

|  |
| --- |
| **Begründung des Weiterbildungswunsches:** |
|  |

**Berufsausbildungen / Weiterbildungen**

**(bitte sämtliche relevanten Aus- / Weiterbildungen aufführen, alternativ kann ein Lebenslauf mit den benötigten Angaben beigelegt werden)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausbildungen** | | |
| Zeitraum | Ausbildungsstätte | Fähigkeitszeugnis / Diplom als |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Weiterbildungen** | | | |
| Weiterbildung | Anbieter | Zeitraum | Abschluss / Zertifikat/ Diplom |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Berufliche Tätigkeiten**

**(bitte die bisherigen Arbeitgeber aufführen)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbeitgeber** | | | | |
| Name | Ort | von | bis | Funktion/Pensum |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

** Schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers**

Wir möchten sicherstellen, dass Ihnen der Besuch des gesamten Lehrgangs möglich ist. Deshalb bitten wir Sie, sich durch Ihren Arbeitgeber schriftlich bestätigen zu lassen, dass er/sie mit dem Besuch dieses Lehrgangs einverstanden ist und Sie zeitlich freistellt. **Bitte benutzen Sie dazu das entsprechende Formular auf der Rückseite.**

Finanzierung des Lehrgangs privat ☐ teilweise ☐ Institution ☐

**Beilagen:**

 Aktuelle Stellenbeschreibung

 Kopie(n) des Abschlusses der Grundausbildung(en)

 Organigramm der Institution

 Schriftliche Einverständniserklärung des Arbeitgebers (siehe Formular)

 Aktuelles Foto

 Nachweis von Fort- und Weiterbildung

**Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den dort beschriebenen Rahmenbedingungen einverstanden. Meine Anmeldung ist verbindlich.**

**Zudem bestätige ich die Kenntnisnahme über das Branchenwissen.**

**Ort / Datum Unterschrift Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Bitte senden Sie die Unterlagen inkl. Einverständniserklärung des Arbeitgebers an:**  **Marie Meierhofer Institut für das Kind** |
| Kurssekretariat  Pfingstweidstr. 16 |
| CH-8005 Zürich |

**Bestätigung Arbeitgeber/In**

**Beilagenblatt zur Anmeldung des Lehrgangs:**

**Organisationsleiter/in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich**

**OL-35 / Januar 2025 – November 2026**

Hiermit bestätigen wir, dass wir Frau/ Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in ihrem/seinen Lehrgang unterstützen und unseren Beitrag zu einem optimalen Lernerfolg leisten.

Wir sind besorgt, dass unsere Mitarbeiterin/unser Mitarbeiter die nötigen Kompetenzen und Ressourcen im Zusammenhang mit den zu leistenden Kompetenznachweisen erhält.

Name der Institution Datum und Unterschrift Vorgesetzte/r

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

