

## Anmeldung Institutionsleiter/in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich (Modul 9-10)

<b>Name</b>	_____	<b>Vorname</b>	_____
Strasse	_____		
PLZ	_____	Wohnort	_____
Telefon / Mobile	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail Privat	_____	Vers.Nr. AHV	_____

### Weiterbildung

<input type="checkbox"/> Eidg. Berufsprüfung Teamleiter/in in soz. und sozialmed. Institutionen und Kompetenznachweise Module 6-8 oder Diplom Führen einer Institution im soz. und sozialmed. Bereich	Abschlussjahr	_____
<input type="checkbox"/> Kompetenznachweise Module 1-8	Abschlussjahr	_____
<input type="checkbox"/> Zertifikat Teamleiter/in und Diplom Führen einer Institution im soz. und sozialmed. Bereich	Abschlussjahr	_____
<input type="checkbox"/> Gleichwertigkeitsanerkennung Kommission Qualitätssicherung (www.examen-sozmed.ch)	Abschlussjahr	_____

**Nur eine der oben aufgeführten Voraussetzungen muss erfüllt sein**

### Gegenwärtiger Arbeitgeber / gegenwärtige Arbeitgeberin

Institutionsname	_____	Strasse	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon	_____
E-Mail Geschäft	_____	Pensum	_____
Zurzeit der Anmeldung in der Funktion als	_____	<input type="checkbox"/> Institutionsleitung (z.B. Kita-, Hort-, Heimleitung)	

**Anmeldung für:**       **Modul 9**                       **Modul 10**

**Wichtig: Bitte Hinweise auf der Seite 2 Arbeitgeber/in Bestätigung beachten**

**Kursnummer** \_\_\_\_\_ Die aktuellen Kursnummern und Daten finden Sie auf [www.bke.ch](http://www.bke.ch)

**Rechnungsadresse**     Privat                                       Betrieb: Bitte untenstehende Angaben ergänzen

Falls abweichend von Wohnadresse:	Vorname und Name
_____	_____
_____	Funktion
_____	_____
_____	Rechtskräftige Unterschrift
_____	_____
_____	Firmenstempel
_____	_____

### Bitte folgende Unterlagen beilegen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular   | <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/in Bestätigung (Original, siehe Seite 2)            |
| <input type="checkbox"/> Aktueller Stellenbeschrieb oder Zwischenzeugnis  | <input type="checkbox"/> Nachweise der Weiterbildungen (siehe unter Punkt Weiterbildung) |
| <input type="checkbox"/> Quittungskopie über CHF 70.00 für Anmeldegebühr (Bankverbindung: ZKB, 8010 Zürich, PC 80-151-4, Clearing 700 / IBAN CH98 0070 0110 0044 8849 2, bke Bildungszentrum Kinderbetreuung AG, 8050 Zürich) |  |

Mit den „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ erklärt sich die hier unterzeichnende Person einverstanden. Die AGBs bleiben bestehen, auch wenn das Arbeitsverhältnis zwischen Kursbesuchenden und gegenwärtigem Arbeitgebenden während der Kursdauer aufgelöst werden sollte.

Ort/Datum	Unterschrift
_____	_____

**Weiterbildung Institutionsleiter/-in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich (Modul 9-10) /Arbeitgeber/in Bestätigung**  
(Empfehlung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin in Ergänzung zur Anmeldung)

für

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname der Teilnehmerin / des Teilnehmers

**Institutionsname**

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

Telefon/Fax

\_\_\_\_\_

E-Mail Geschäft

\_\_\_\_\_

Ansprechperson/Leitung

\_\_\_\_\_

**Anstellung**

Teilnehmende ist zurzeit der Anmeldung in der Funktion als  Institutionsleitung (z.B.Kita-, Hort-, Heimleitung)

Stellenprozent \_\_\_\_\_ %

Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter hat eine Führungsfunktion mit **finanziellen sowie strategischen Managementaufgaben und führt Führende**. Diese Aufgaben sind im Stellenbeschrieb aufgeführt.  ja  nein

Als Arbeitgeber/in bestätigen wir, dass der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter für die Erarbeitung der Kompetenznachweise Modul 9 + 10 **Einblick in die FIBU/BIBU der Institution** gewährt wird.  ja  nein

Als Arbeitgeber/in bestätigen wir, dass der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter für die Erarbeitung der Kompetenznachweise Modul 9 + 10 **Einblick in die strategischen Ziele der Institution** gewährt wird.  ja  nein

**Anmeldung für:**

**Modul 9**

**Modul 10**

**Bemerkung:**

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen bke.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin