

EIGNUNGSPRÜFUNG ZUR BERUFSBERECHTIGUNG IN DER PFLEGEASSISTENZ



ZIELGRUPPE PFLEGEASSISTENZ:

Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf in einem EU- bzw. EWR- Vertragsstaat, in der Schweiz oder in einem Drittstaat erfolgreich absolviert haben und über einen Bescheid, ausgestellt vom Bundesministerium für Gesundheit, verfügen.

Die Eignungsprüfung wird nach den Bestimmungen der Rechtsgrundlagen § 87 GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idgF. und Pflh-AV BGBl. II Nr. 371/1999 i.V.m. der Pflegeassistentenberufes-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV, BGBl. II Nr. 301/2016 durchgeführt.

TERMINE Kommissionelle Prüfung:

~~— Di., 07.05.2018, 08:00 Uhr (Kursnr.:1138 / Teilnehmeranzahl: 10)
Prüfungsvorbereitung – Fallbeispiel: 17.04.2018 09:00 – 16:00 Uhr.~~

- Fr., 21.09.2018, 08:00 Uhr (Kursnr.:1148 / Teilnehmeranzahl: 10)
Prüfungsvorbereitung- Fallbeispiel 10.09.2018 09:00 – 16:00 Uhr.

KOSTEN: Prüfungen a € 120,00 exkl. 20% Ust und Schulungstag € 150,00 exkl. 20% Ust.
Bzw. abhängig von der Vorgabe des Bescheids, in Absprache mit der Direktorin sowie dem Sekretariat der Sophos Akademie

INHALT:

Die Inhalte laut Bescheid werden in Form eines Fallbeispiels zum jeweiligen Themenfeld kommissionell geprüft.

Die Teilnehmer_innen erhalten die Lernunterlagen zur Vorbereitung für die Prüfung, welche im Selbststudium erfolgt. Es kann zusätzlich noch ein Theorietag zur Vertiefung in Anspruch genommen werden.

AUSBILDUNGSORT:

SOPHOS AKADEMIE, Thaliastraße 159/Stiege 1&2, 1160 Wien

ANMELDUNG:

SOPHOS AKADEMIE Organisationsberatung und Bildungsmanagement GmbH,
Wilhelminenstraße 80-82 / 2. Stock, 1160 Wien, Tel: 01/ 481 47 71, Fax: 01 / 481 47 71 – 30,
E-Mail: office@sophosakademie.at, Homepage: www.sophosakademie.at

ANMELDEVORAUSSETZUNG:

Behördlicher Bescheid für die Berufszulassung in der Pflegeassistenten, eine Kopie des Passes, Versicherungsnachweis, sowie ein Lichtbild

ANMELDEFORMULAR

(Angabe in Blockbuchstaben)

Kurs/Kursnr: Sozialvers.Nr:

Herr Frau Titel:

Zuname: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Genaue Anschrift:

PLZ., Wohnort:

Straße, Nr.:

Tel.: FAX: Email:

Anschrift des Dienstgebers:

Krankenhaus, Abteilung:

Anschrift:

Tel.: FAX: Email:

Berufserfahrung im

Gesundheitsbereich:

Ich habe die Storno- und Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Zudem akzeptiere ich hiermit die Datenschutzerklärung dieser Bildungsinstitution, die mit 25.05.2018 in Kraft getreten ist.

(Auf unserer Homepage erfahren Sie mehr über unsere Datenschutzverordnung).

Datum: Unterschrift des Teilnehmers /der Teilnehmerin:

Erforderliche Bewerbungsunterlagen für Ausbildungen, Sonderausbildungen und Weiterbildungen: Zeugnis, Lehrbrief bzw. Diplom, Staatsbürgerschaftsnachweis bzw. Pass, Geburtsurkunde, Lebenslauf, Lichtbild, zusätzliche kursbezogene Unterlagen nach Absprache mit der Kursleitung.

Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge sind keine zusätzlichen Unterlagen erforderlich.

Rechnung ergeht an Privatadresse: O ja Teilzahlungen: O ja Anzahl der TZ:

Rechnung ergeht an Dienstgeber:

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....

.....

Datum: Stempel und Unterschrift: