

Bitte  
1 Passfoto  
beilegen.  
  
(4.5 x 3.5 cm)

## Anmeldeformular Nachholbildung Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales EBA (AGS)

Voraussichtlicher Ausbildungsbeginn \_\_\_\_\_

### Personalien

Frau       Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

### Arbeitsort

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Schulische Grundbildung

Schultyp	Anzahl Jahre	Name der Schule, Ort

### Berufliche Grundbildung

Ausbildung	Anzahl Jahre	Name des Lehrbetriebes, Ort	Abschluss

### Berufserfahrung

Berufsfeld/Tätigkeit	Anzahl Jahre	Name des Betriebes, Ort

### Bemerkungen

---



---



---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer/in \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Formular **nach Erhalt der Verfügung** an das

Berufsbildungszentrum Olten  
 Bildungszentrum Gesundheit und Soziales  
 Ziegelstrasse 4 / Postfach 116  
 4632 Trimbach