

Anmeldung

zu einer Fachweiterbildung im Fachgebiet:

nach Sächsischem Weiterbildungsgesetz

- Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich
- Notfallpflege (2jährig)
- Notfallpflege (1jährig)

nach Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Intermediate Care Pflege

Daten des Teilnehmers

Name/Vorname: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____
 Selbstzahler

Daten des Arbeitgebers

Arbeitgeber: _____
Kontaktperson: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____
Anschrift: _____
 Delegation und Kostenübernahme des Arbeitgebers

Tätigkeitsnachweis

- mindestens sechsmonatiger Nachweis in der Intensivpflege (Vollzeit)
 - mindestens sechsmonatiger Nachweis in der Anästhesiepflege (Vollzeit)
 - mindestens sechsmonatiger Nachweis in der Notaufnahme (Vollzeit)
 - mindestens fünfjähriger Nachweis in der Notaufnahme (Vollzeit)
 - mindestens sechsmonatiger Nachweis in der Intermediate Care Pflege/Intensivpflege (Vollzeit)
- Die hier angegebenen Daten, werden ausschließlich für den Zeitraum der Weiterbildung (Korrespondenz, Registrierung, etc.) gemäß den gemachten Angaben verwendet.
Die verwendete Rechtsgrundlage ist Artikel 6 Abs.1 lt. DS-GVO.

Ort, Datum

Pflegedirektion/Pflegedienstleitung/Stempel