

**DR. HELMUT KRAFT STIFTUNG - PRAXISQUALIFIZIERUNG
 FÜR NICHTAKADEMIKER UND STUDIERENDE AN BERUFSAKADEMIEN**

BEWERBUNGSBOGEN

1. ANGABEN ZUM PRAKTIKUM

Praktikumland	_____
Praktikumfirma	_____
Praktikumdauer (von ... bis)	_____
Praktikumentgelt (€)	_____



2. ANGABEN ZUR PERSON (bitte **leserlich** in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen)

	Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>
Name, Vorname(n)	_____	
Straße, Hausnummer	_____	
PLZ, Wohnort	_____	
Bundesland	_____	
Kontakt	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> dienstlich
	Fax	E-Mail
Geburtsdatum und -ort	_____	
Staatsangehörig- keit(en)	_____	
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>
Zahl der Kinder	_____	

3. ANGABEN ZU STUDIUM / BERUF

Name der Berufs- akademie	_____
Studiengang	_____
Aktueller Arbeitgeber (Name und Anschrift)	_____

Gegenwärtige Tätigkeit	_____

4. BANKVERBINDUNG

Geldinstitut	_____	BLZ
Kontoinhaber	_____	Konto-Nr.

5. SCHULAUSBILDUNG (ALLGEM. BILDENDE SCHULEN, FACH- ODER HOCHSCHULEN, AKADEMIEN)

von (Tag/Monat/Jahr)	bis	Ausbildungsstätte	genaue Bezeichnung des Abschlusses

6. BERUFSTÄTIGKEIT/ STUDIENBEZOGENE PRAKTIKA (EINSCHL. BERUFSAUSSCHULEN)

von (Tag/Monat/Jahr)	bis	Arbeitgeber/ Branche	berufliche Stellung / Tätigkeit

7. WEHR- ODER ZIVILDIENTST

von (Monat/Jahr)	bis	Arbeitgeber/ Branche	Tätigkeit

8. FREMDSPRACHENKENNTNISSE

Sprache des Ziellandes:	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
Welche 2. Fremdsprache?	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/>
Welche 3. Fremdsprache?	sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/>

9. AUSLANDSAUFENTHALTE (KEINE URLAUBE)

von (Monat/Jahr)	bis	Land	Zweck	finanziert durch (z. B. Eigenmittel, InWEnt, DAAD)

10. WER SOLL IN NOTFÄLLEN BENACHRICHTIGT WERDEN ?

Name, Vorname(n)	_____
Straße, Hausnummer	_____
PLZ, Wohnort	_____
Kontakte	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
	Fax _____ E-Mail _____

11. ICH HABE MICH FÜR DIESES VORHABEN AUCH BEI ANDEREN ORGANISATIONEN BZW. BEI EINEM ANDEREN INWENT-PROGRAMM BEWORBEN.

	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name der Organisation	_____	
Name des Programms	_____	

Ich versichere, dass meine Angaben in den Bewerbungsunterlagen einschließlich der Anlagen richtig und vollständig sind.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten der Bewerbung und der Fortbildung gespeichert und, soweit dies im Rahmen der Maßnahme erforderlich ist, Dritten übermittelt werden.

Ich versichere, dass ich nicht unter schwerwiegenden Krankheiten leide, die meine Teilnahme oder die Gesundheit anderer Teilnehmer am Programm gefährden können.

Ort / Datum

Unterschrift