

Bewerbungsbogen

Bitte füllen Sie den Bewerbungsbogen aus und senden Sie uns diesen per Post oder E-Mail zurück.

Bewerbung

für die Ausbildung **Physiotherapeut/in** ab

Oktober 20

1. Persönliche Daten

Vorname Nachname

Straße PLZ/Ort Bundesland

Telefon: Mobil-Telefon: E-mail

Geburtstag Geburtsort Geburtsname

Geschlecht Staatsangehörigkeit Familienstand

bei minderjährigen Bewerbern Name des gesetzlichen Vertreters

2. Schulbildung, Berufsausbildung, Studium

von (MM,JJ) bis (MM,JJ) Institution Schul-, Ausbildungs-, Studienabschluss

3. Berufspraxis, Praktika

von (MM,JJ) bis (MM,JJ) Institution Tätigkeit als

4. Besondere Kenntnisse:

Unterschrift

Name: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Schwerpunkte in Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch. Sie bilden die Grundlage des Gespräches.

1. Wie haben Sie Ihre persönliche Entwicklung gefördert und welche Erfahrung hat Sie besonders geprägt?

2. Aus welchen Überlegungen heraus haben Sie sich für den Beruf des/der Physiotherapeuten/in entschieden?

3. Beschreiben Sie Ihre Stärken und Schwächen

4. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft als Physiotherapeuten/in vor?

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

Abschlusszeugnis bzw. letztes Zeugnis

Geburtsurkunde in Kopie

Praktikumsbeurteilung (wenn vorhanden)

Ärztliche Bescheinigung zur Berufstauglichkeit (siehe Anlage)

erweitertes Führungszeugnis

ausreichend adressierter und frankierter Rückumschlag (A4)

Nach erfolgreichem Vorstellungsgespräch reichen Sie bitte folgende Unterlagen nach:

- o Impfnachweis Hepatitis A und B

und senden Ihre Bewerbung an die:

**Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V.
Schwanebecker Chaussee 4 E-H
13125 Berlin**

e.weinreich@gesundheit-akademie.de

Für telefonische Rücksprache steht Ihnen unser Team gern zur Verfügung:

Tel. 030-94030633

Wir bedanken uns für Ihre Bewerbung in unserer Akademie und Ihr damit gezeigtes Interesse an unserer Einrichtung.

Bezüglich eines Vorstellungstermins werden wir uns in den nächsten 14 Tagen bei Ihnen melden.

Name

Anschrift

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des/der staatlich anerkannten Physiotherapeuten/in geeignet ist.

Er/sie leidet derzeit an keiner psychischen oder physischen Erkrankung, insbesondere keiner Sucht und keiner ansteckenden Krankheit.

Datum / Stempel

Unterschrift Hausarzt