

Personalinformation für die Rotationsplanung Ausbildung: Pflegefachfrau / Pflegefachmann

Dieses Formular ist spätestens bei Vertragsabschluss zwischen dem Träger der praktischen Ausbildung und der / dem Auszubildenden auszufüllen und an die Koordinierungsstelle für die generalistische Pflegeausbildung beim Landratsamt Lörrach Palmstr. 3, 79539 Lörrach oder an stephanie.wizent@loerrach-landkreis.de oder per FAX: 07621-410-95042 zu senden.

Auszubildende/r			
Anrede:	Herr	Frau	Divers
Nachname, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße Hausnummer:			
Postleitzahl Ort:			
E-Mail:			
(Mobil-) Telefon:			

Träger der praktischen Ausbildung (TPA)	
Bezeichnung:	
Ansprechpartner/in während der Ausbildung:	
Straße Hausnummer:	
Postleitzahl Ort:	
E-Mail:	
Telefon:	
Vertiefungseinsatz:	Stationäre Langzeitpflege (SL) Stationäre Akutpflege (SA) Ambulante Langzeitpflege (AP) Pädiatrische Versorgung (PÄ)

Möglicher Praxiseinsatzort beim Träger der praktischen Ausbildung (TPA):	Stationäre Langzeitpflege (SL) Ambulante Kurz- und Langzeitpflege (AP) Pädiatrische Versorgung (PÄ) Psychiatrische Versorgung (PS)
--	---

Pflegeschule PS	
Bezeichnung:	
Schulzusage liegt vor:	ja nein
Beginn der Ausbildung (TT.MM.JJJJ):	

Fragen an die Auszubildende / den Auszubildenden	
Sind Sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen?	ja nein
Gibt es weitere Aspekte, die bei der Einsatz- und Urlaubsplanung berücksichtigt werden sollten (z.B. Kinderbetreuung)?	Falls „ja“, welche?

Erklärung zum Datenschutz

Die personenbezogenen Daten in diesem Personalinformationsbogen werden von der Koordinierungsstelle für die generalistische Pflegeausbildung beim Landratsamt Lörrach für die Dauer der Ausbildung der/des Auszubildenden gespeichert und für die Koordination der Ausbildungsabschnitte verwendet. Hiermit bestätigen die Unterzeichnenden die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und stimmen der Verarbeitung und der Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten an die an der Ausbildung beteiligten Verbundmitglieder zu. Sie können Ihre Einwilligung für die Zukunft jederzeit widerrufen.

 Ort

 Datum

 Unterschrift Träger der praktischen Ausbildung

 Unterschrift Auszubildende/r