

Anmeldeformular

für den Kurs Zertifikat „Fachkraft für Reittourismus“

Das Land MV und die EU fördern für Landwirte personengebunden die Teilnahme an Weiterbildungen. Das BilSE-Institut kann bis zu 70% der förderfähigen Seminarkosten für Sie einwerben.

Zur Prüfung der dafür notwendigen Zugangsvoraussetzungen ist die Angabe der u. g. Daten erforderlich. Diese werden vertraulich behandelt und ausschließlich an das LALLF Neubrandenburg weitergegeben. Zur Bekanntmachung von geförderten Bildungsangeboten werden ggf. im Kursverlauf Fotos gemacht, einer diesbezüglichen Nutzung der Fotos wird zugestimmt.

Persönliches:

| | | |
|------------------|--|---------|
| Name: | | |
| Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Privatanschrift: | | Straße: |
| | | PLZ: |
| | | Ort: |
| Telefon*: | | |
| Mobiltelefon*: | | |
| E-Mail-Adresse*: | | |

(*falls sich kurzfristige Änderungen im Kursverlauf ergeben)

Ich starte zum Veranstaltungsort: von zu Hause vom Betrieb

Qualifikation: (bitte je Block eine Auswahl treffen)

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hochschulabsolvent | <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss | und vorwiegend beschäftigt in: | |
| <input type="checkbox"/> Fachschulabsolvent | <input type="checkbox"/> Abschluss der Förderschule | | <input type="checkbox"/> Betriebsleitung |
| <input type="checkbox"/> Meister | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | | <input type="checkbox"/> Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | | <input type="checkbox"/> Produktion |
| | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | <input type="checkbox"/> Hochschulreife | <input type="checkbox"/> Einkommenskombination | |

Betriebliches: (Entsendebetrieb)

| | |
|----------|------------|
| Name: | PLZ: |
| Straße: | Ort: |
| Telefon: | Landkreis: |

Die Betriebsanschrift ist die Rechnungsanschrift. Bitte Abweichungen angeben!

Ich akzeptiere die o.g. Bedingungen und melde ich mich hiermit verbindlich für den Kurs an.

.....
Datum/Ort

.....
Unterschrift des Kursteilnehmers

Bitte beigefügte Arbeitgeberbescheinigung (wenn Sie angestellt sind) **oder** Selbstauskunft (wenn Sie Geschäftsführer sind) per Fax (**03843-7736249**) zurückschicken! (**Unterschrift und Stempel nicht vergessen**)