

AUSBILDUNGSBEREICH LOGOPÄDIE

Bewerbungszeitraum vom 01.11.2018 bis 01.03.2019, Stand: 29.10.2018

KURZBEWERBUNG

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Kurzbewerbung nur dann bearbeiten können, wenn

- ▶ diese **vollständig** ausgefüllt (Druckbuchstaben oder Maschinenschrift), **Zutreffendes angekreuzt** ist,
- ▶ Sie **nichts** verändern oder durchstreichen,
- ▶ Sie den **Bewerbungszeitraum** einhalten

1. Name

2. Vorname

3. Straße

4. Postleitzahl

5. Wohnort

6. Telefon

7. email

8. Geschlecht m / w

9. Geburtsdatum
(TT.MM.JJJJ)

10. **Schulabschluss** zum Zeitpunkt dieser Kurzbewerbung
(bitte nur den zuletzt erreichten Abschluss ankreuzen)

- Mittlerer Bildungsabschluss (10. Klasse oder gleichwertig)
- Fachhochschulreife
- Fachgebundene Hochschulreife
- Allgemeine Hochschulreife, Abitur (bei Bewerbung vorliegend)

Notendurchschnitt dieses
Schulabschlusszeugnisses (z. B. 2,8)

11. **Abgeschlossene Berufsausbildung** als
(mindestens 2-jährige Berufsausbildung)

- ▶ **Note** der Berufsabschlussprüfung

12. **Fachhochschulstudium**
(Fachrichtung angeben)

- ▶ Fachhochschulstudium abgeschlossen Ja / Nein

13. **Universitätsstudium** (Fachrichtung
angeben)

- ▶ Universitätsstudium abgeschlossen Ja / Nein

14. Derzeitige Tätigkeit

**15. Ganztägiges, sozialpädagogisches
Praktikum**

Ja / Nein

(nicht: Hospitation in Logopädiepraxen, Schulpraktika, Au Pair)

▶ wenn ja, **Länge des Praktikums**

Mindestens

3 Monate 6 Monate 9 Monate 12 Monate

wo

16. Praktikum kürzer als 3 Monate
oder noch nicht begonnen

(Zeitraum ... von/bis)

wo

**17. Teilnahme an Stimm-
bildung, Sprecherziehung
oder Chor**

Ja / Nein

▶ wenn ja, Teilnahme an

18. Spielen Sie ein Musikinstrument?

Ja / Nein

▶ wenn ja, welches

Grundkenntnisse Fortgeschritten

**19. Erstbewerbung an der
Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Logopädie**

Ja / Nein

20. Wie sind Sie auf uns / auf den Beruf aufmerksam geworden?

Internet

Flyer

Messe

Berufsinformationszentrum

Empfehlung

eigene Erfahrungen mit einer Logopädin

Ich bestätige, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind.

Ort, Datum

Unterschrift:

bitte wenden

Sehr geehrte(r) Bewerber(in),

wir werden zur schnelleren Durchführung des Vorauswahlverfahrens Ihre Angaben aus diesem Kurzbewerbungsbogen rechnergestützt verarbeiten lassen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis.

Zur Vereinfachung bei einer Wiederbewerbung wollen wir Ihre Angaben über einen Zeitraum von drei Jahren aufbewahren. Danach werden alle Angaben automatisch gelöscht.

Wir erklären ausdrücklich, dass wir Ihre Daten schützen werden, wie in den §§ 16 und 19 des BInDSG geregelt.

Aus einer Verweigerung der Einverständniserklärung entstehen Ihnen keine Nachteile. Wir weisen jedoch darauf hin, dass eine beschleunigte Bearbeitung Ihrer Bewerbung auch in Ihrem Interesse liegt.

Ort, Datum

Unterschrift

Name in
Druckbuchstaben

Kontakt

Oudenarder Str. 16 | 13347 Berlin | Gebäude A – Aufgang 10

Tel.: +49 30 450 555 152 | Fax +49 30 450 555 952

<http://akademie.charite.de/ausbildung/logopaedie/>

Postanschrift:

Charité Gesundheitsakademie

Ausbildungsbereich Logopädie

Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin