

## Bewerbung

# Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Partizipation in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.:

**Anschrift privat** Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Anschrift dienstlich** Dienststelle/Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Verpflegung:**  Normalkost  vegetarisches Essen

**Berufsbezeichnung:** \_\_\_\_\_

**aktuelle Tätigkeitsbereiche:** \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person

Vorkenntnisse (Partizipationsprojekte o. ä.): \_\_\_\_\_

Berufliches und persönliches Profil (tabellarisch): \_\_\_\_\_

### Meine Erwartungen an die Ausbildung

a) Hinsichtlich der Inhalte: \_\_\_\_\_

b) Hinsichtlich der Organisation/Struktur: \_\_\_\_\_

c) Hinsichtlich der Trainer/-innen: \_\_\_\_\_

*Falls der vorhandene Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden.*



## Erklärung

- Die/der Unterzeichnende erklärt hiermit ihre/seine Bereitschaft, an der Weiterbildung zum Multiplikator/ zur Multiplikatorin für Partizipation in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Teilnehmenden

Seminartermine:

Modul 1:	13. – 15.07.2016
Modul 2:	07. – 09.09.2016
Modul 3:	23. – 25.11.2016
Modul 4:	18. – 20.01.2017
Modul 5:	29. – 31.03.2017
Praxisphase:	März – Juni 2017
Gruppencoaching:	11. – 12.05.2017
Modul 6:	28. – 30.06.2017

Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der MultiplikatorInnenausbildung verpflichten sich

- zur Teilnahme an allen Veranstaltungen im Rahmen der Ausbildung
- während der Weiterbildung 2016/2017 ein Praxisprojekt (Durchführung einer Teambegleitung) in Schleswig-Holstein durchzuführen.
- Teilnahme an der Praxisberatung

Der Arbeitgeber erklärt, dass die Weiterbildung in vollem Umfang wahrgenommen werden kann und die Durchführung eines Praxisprojektes zur Beteiligung im Rahmen der hauptamtlichen Tätigkeit oder in anderer Form gewährleistet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

Ihre Angaben werden unter Beachtung des Datenschutzes zum Zwecke der Multiplikatorinnen-/Multiplikatoren-Ausbildung gespeichert. Eine Übersicht mit Name, Anschrift, Tel.-Nr. und Email-Adresse erhalten alle Seminarteilnehmer/innen. Die Daten werden darüber hinaus nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte schicken Sie diese Bewerbung **bis zum 31. Januar 2016** an folgende Adresse:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein

Adolf-Westphal-Strasse 4, 24143 Kiel | Ansprechpartner Klaus Meeder | Telefon: 0431 988-7479 | Fax: 0431 988-2618

E-Mail: Klaus.Meeder@sozmi.landsh.de