



**Gesundheits- und Pflegeberufe  
Vorbereitungskurs für  
Migrantinnen\***

**Anmeldeformular PreQual Kurs**

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**Schulische Bildung:** \_\_\_\_\_

**Beschäftigung:** \_\_\_\_\_

**Erfahrung im Gesundheits- und Pflegebereich?**

**Ja**

**Nein**

**Zustimmung: Hiermit stimme ich zu, dass meine Daten elektronisch erfasst und weiterverarbeitet werden.**

**Ja**

**Nein**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

