

Søknadsskjema

Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev

PERSONOPPLYSNINGER - **skriv tydelig**

<i>Etternavn:</i>	<i>Fornavn:</i>
<i>Fødselsår:</i>	<i>Kjønn: (M/K):</i>
<i>Adresse:</i>	<i>Postnr/ poststed:</i>
<i>Kommune:</i>	<i>Fylke:</i>
<i>Opprinnelsesland:</i>	<i>Morsmål:</i>
<i>E-post:</i>	
<i>Telefon: privat /mobil</i>	<i>Arbeidsgiver:</i>
<i>Adresse arbeidsgiver:</i>	<i>Postnr. /poststed:</i>
<i>Telefon arbeid:</i>	
<i>Kryss av:</i> <i>Sykehjem__</i> <i>Hjemmetjenesten__</i>	<i>Bolig__</i> <i>Dagsenter__</i> <i>Annet__</i>

FORMELL UTDANNING – SKOLEGANG (kopier av vitnemål må vedlegges)

<i>Skolegang etter grunnskolen</i>	<i>Fullført år</i>	<i>Ikke fullført</i>	<i>Vedlegg nr</i>

Krav til deg som deltaker

- Du har et arbeidsforhold i kommunehelsetjenesten
- Du deltar på fellessamlingene og følger undervisningen i nettklasserommet
- Du deltar på ABC opplæringen på arbeidsplassen før, under eller etter opplæringen
- Du er aktiv i undervisningen, i gruppearbeid, leverer oppgaver og svarer på mail, SMS, Skype. Fortløpende tilbakemeldinger om din praksis, eksamen, adresse/mail/tlf. bytte o.l. gis umiddelbart til kontaktlærer.
- Du må ha grunnleggende ferdigheter i IKT
- Minoritetsspråklige må ha bestått Norsktest på B1 nivå både skriftlig og muntlig
- Har du lese- og skrivevansker? JA__ NEI__

Deltar du / eller har du gjennomført.....

Demensomsorgens ABC ____ Eldreomsorgens ABC ____ Mitt livs ABC ____

ARBEIDSPRAKSIS – kun innen pleie og omsorg - (attester må vedlegges)

Arbeidsgiver	Stilling - %	Tidsrom	Vedlegg nr

Deltaker: Jeg bekrefter at gitte opplysninger er riktige (NB: håndskreven underskrift)

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

Krav til leder:

- Godkjenner og undertegner søknaden og samarbeidsavtalen med Aldring og helse
- Skaffer en veileder på arbeidsplassen
- Tilrettelegger og gir deltaker tilstrekkelig antall praksistimer
- Gir deltaker mulighet til å delta på fellessamlingene
- Melder deltaker på: Demens- / Eldreomsorgens ABC / Mitt livs ABC sammen med kollegaer på arbeidsplassen/ avdelingen, når det er mulighet for dette.

Godkjenning med signatur fra arbeidsgiver/leder (NB: håndskreven underskrift)

Navn:		
E-post leder:		
Sted:	Dato:	Underskrift:

Registreringsskjema sendes elektronisk (skannes) eller pr. post til:

Aldring og helse
Jeg vil bli helsefagarbeider v/ Christine Wadel (tlf. 930 45 131)
Postboks 2136
3103 Tønsberg
helsefagarbeider@aldringoghelse.no