

Anmeldeformular

für eine Fortbildung/Veranstaltung im Bildungsprogramm des
Referats für Jugend, Familie und Soziales (Ref. V) der Stadt Nürnberg

Stadt Nürnberg
Referat für Jugend, Familie und Soziales,
Fachstelle Personalentwicklung und Fortbildung:
Soziale Berufe, PEF:SB
Spitalgasse 22, 90403 Nürnberg
Fax 09 11 / 23 1-8 99 76
E-Mail fachstelle-pef-sb@stadt.nuernberg.de

Bitte melden Sie sich mit diesem Formular oder online an.
Die Daten werden gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b der
Datenschutzgrundverordnung für die Anmeldung und
Organisation der Angebote der Fachstelle PEF:SB benötigt;
ohne Angabe ist keine Teilnahme möglich.
Weitere Informationen zu Datenschutz und AGBs erhalten
Sie unter: [Bildungsprogramm für soziale Berufe und
Kindertageseinrichtungen](#)

Bitte (alle Felder) leserlich in **Druckbuchstaben** ausfüllen

Titel der Veranstaltung							
Veranstaltungsnummer					Datum der Veranstaltung		
Veranstaltungsort					Kosten		Euro
Für diese Veranstaltung melde ich mich					<input type="checkbox"/> erstmals an	<input type="checkbox"/> erneut an	

Teilnehmer/-in

Nachname			Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich		Vorgesetztenfunktion?	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> männlich			<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> divers		Geburtsjahr			
Berufsbezeichnung	<input type="checkbox"/> Kinderpfleger/-in		<input type="checkbox"/> Psychologe/-in			
	<input type="checkbox"/> Erzieher/-in		<input type="checkbox"/> Sachbearbeiter/-in; Verwaltung			
	<input type="checkbox"/> Sozialpädagoge/-in		<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Telefon			E-Mail*			

*Bitte geben Sie bevorzugt eine personalisierte bzw. individualisierte E-Mail-Adresse und kein Sammelpostfach an.

Einrichtung/Arbeitsstelle

Name der Einrichtung			
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon	
Träger	<input type="checkbox"/> Stadt Nürnberg	<input type="checkbox"/> freier Träger	<input type="checkbox"/> sonstige Kommune
Amt, Bereich, Abteilung			

Rechnungsanschrift freier Träger/sonstige Kommune

Name der Einrichtung			
Ansprechpartner/-in			
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Genehmigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin eingeholt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/-in