

**DR. HELMUT KRAFT STIFTUNG - PRAXISQUALIFIZIERUNG
 FÜR NICHTAKADEMIKER UND STUDIERENDE AN BERUFS- UND VERWALTUNGS-AKADEMIEN**

BEWERBUNGSBOGEN

1. ANGABEN ZUM PRAKTIKUM

| | |
|---|-------|
| Praktikumland | _____ |
| Praktikumfirma | _____ |
| Praktikumdauer (von ... bis) | _____ |
| Praktikumentgelt (€) | _____ |



2. ANGABEN ZUR PERSON (bitte **leserlich** in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| | Frau <input type="checkbox"/> | Herr <input type="checkbox"/> | |
| Name, Vorname(n) | _____ | | |
| Straße, Hausnummer | _____ | | |
| PLZ, Wohnort | _____ | | |
| Bundesland | _____ | | |
| Kontakt | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> dienstlich | |
| | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> E-Mail | |
| Geburtsdatum und -ort | _____ | | |
| Staatsangehörigkeit(en) | _____ | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden |
| Zahl der Kinder | _____ | | |

3. ANGABEN ZU STUDIUM / BERUF

| | |
|---|-------|
| Name der Berufs- / Verwaltungsakademie | _____ |
| Studiengang | _____ |
| Aktueller Arbeitgeber (Name und Anschrift) | _____ |
| Gegenwärtige Tätigkeit | _____ |

4. BANKVERBINDUNG

| | |
|---------------------|------------------|
| Geldinstitut | BLZ |
| Kontoinhaber | Konto-Nr. |

5. SCHULAUSBILDUNG (ALLGEM. BILDENDE SCHULEN, FACH- ODER HOCHSCHULEN, AKADEMIEN)

| von (Tag/Monat/Jahr) | bis | Ausbildungsstätte | genaue Bezeichnung des Abschlusses |
|-------------------------|-----|-------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. BERUFSTÄTIGKEIT/ STUDIENBEZOGENE PRAKTIKA (EINSCHL. BERUFSAUSSCHULUNG)

| von (Tag/Monat/Jahr) | bis | Arbeitgeber/ Branche | berufliche Stellung / Tätigkeit |
|-------------------------|-----|----------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. WEHR- ODER ZIVILDIENTST

| von (Monat/Jahr) | bis | Arbeitgeber/ Branche | Tätigkeit |
|---------------------|-----|----------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |



8. FREMDSPRACHENKENNTNISSE

| | |
|--------------------------------|---|
| Sprache des Ziellandes: | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> |
| Welche 2. Fremdsprache? | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> |
| Welche 3. Fremdsprache? | sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> |

9. AUSLANDSAUFENTHALTE (KEINE URLAUBE)

| von (Monat/Jahr) | bis | Land | Zweck | finanziert durch (z. B. Eigenmittel, InWEnt, DAAD) |
|---------------------|-----|------|-------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

10. WER SOLL IN NOTFÄLLEN BENACHRICHTIGT WERDEN ?

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| Name, Vorname(n) | _____ | | |
| Straße, Hausnummer | _____ | | |
| PLZ, Wohnort | _____ | | |
| Kontakte |  privat |  dienstlich | |
| | Fax | E-Mail | |

11. ICH HABE MICH FÜR DIESES VORHABEN AUCH BEI ANDEREN ORGANISATIONEN BZW. BEI EINEM ANDEREN INWENT-PROGRAMM BEWORBEN.

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Name der Organisation | _____ | |
| Name des Programms | _____ | |

Ich versichere, dass meine Angaben in den Bewerbungsunterlagen einschließlich der Anlagen richtig und vollständig sind.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten der Bewerbung und der Fortbildung gespeichert und, soweit dies im Rahmen der Maßnahme erforderlich ist, Dritten übermittelt werden.

Ich versichere, dass ich nicht unter schwerwiegenden Krankheiten leide, die meine Teilnahme oder die Gesundheit anderer Teilnehmer am Programm gefährden können.

Ort / Datum

Unterschrift