

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

**BEWERBUNGSBOGEN**

**1. ANGABEN ZUM PRAKTIKUM**

<b>Praktikumland</b>	_____
<b>Praktikumfirma</b>	_____
<b>Praktikumdauer (von ... bis)</b>	_____
<b>Praktikumentgelt (€)</b>	_____



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

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

**3. ANGABEN ZU STUDIUM / BERUF**

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

**4. BANKVERBINDUNG**

<b>Geldinstitut</b>	<b>BLZ</b>
<b>Kontoinhaber</b>	<b>Konto-Nr.</b>

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

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

**6. BERUFSTÄTIGKEIT/ STUDIENBEZOGENE PRAKTIKA (EINSCHL. BERUFSAUSSCHULEN)**

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

**7. WEHR- ODER ZIVILDIENTST**

von (Monat/Jahr)	bis	Arbeitgeber/ Branche	Tätigkeit



**8. FREMDSPRACHENKENNTNISSE**

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