



## Anmeldeformular (bitte elektronisch oder in Blockschrift ausfüllen)

Diplomkurs zur Berufsbildnerin / Berufsbildner in Lehrbetrieben (SBBK, gestützt auf Art.44 Abs.1 Bst.c der Verordnung über die Berufsbildung) gemäss Rahmenlehrpläne für Berufsbildungsverantwortliche

Name/n

---

Vorname/n

---

Adresse

---

PLZ, Ort, Kanton

---

Telefon-Nr. Privat

---

E-Mail Adresse Privat

---

Geburtsdatum

---

Heimatort, Kanton

---

AHV Nr.

**(wird für Diplom benötigt)**

---

Arbeitsort, Adresse

---

seit wann arbeiten Sie dort?

---

Abteilung (Bezeichnung)

---

Telefon-Nr. Geschäft, direkt

---

### **Pflegedienstleitung**

Name, Vorname, Tel-Nr., E-Mail

---

### **Stationsleitung; Vorgesetzte/r**

Name, Vorname, Tel-Nr., E-Mail

---

### **Praxisbegleiter/in** - sofern bekannt

Name, Vorname, Tel-Nr., E-Mail

---

**Gewünschter Kursbeginn:**  
**Gesamter Diplomkurs**

**DPK BBI 23-08**

**DPK BBI 23-11**

**DPK BBI 23-12**

**Die ausgewählte Durchführung  
wird verkürzt besucht.**

Ja

Nein

*Verkürzter Diplomkurs für  
Berufsbildnerinnen / Berufsbildner, welche  
bereits den Kursausweis (40Std.) besitzen  
(Kopie davon bitte beilegen)*

**Eintragung auf Warteliste:**

**Warteliste DPK BBI 23-06**

**Kostenübernahme**

Privat (SelbstzahlerIn)

Geschäft

**E-Mail für Rechnungseingang**

Ich akzeptiere die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) (AGB)



**Berufsausbildung in einem Gesundheits- oder Sozialberuf**

Titel Fähigkeitsausweis/Diplom;  
Datum / Abschlussjahr

---

Name der Ausbildungsstätte,  
Ort/Kanton

(bitte Kopien mitsenden)

---

Titel Fähigkeitsausweis/Diplom;  
Datum / Abschlussjahr

---

Name der Ausbildungsstätte,  
Ort/Kanton

(bitte Kopien mitsenden)

---

**Berufliche Tätigkeit seit Berufsabschluss in einem Gesundheits- oder Sozialberuf**

Arbeitgeber / Ort  
Beschäftigungsgrad in %

Von / Bis

Anzahl  
Jahre/Monate

Arbeitgeber / Ort Beschäftigungsgrad in %	Von / Bis	Anzahl Jahre/Monate
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Sofern die vorausgesetzte Berufspraxis von mind. sechs Monaten nicht erreicht ist, muss dem Anmeldeossier ein visiertes Empfehlungsschreiben von der vorgesetzten Person beigelegt werden.**

**Weiterbildungsnachweis der letzten fünf Jahre**

Bezeichnung der Weiterbildung, Name der Weiterbildungsinstitution, Zeitraum Von / Bis

---

---

---

Das Anmeldeformular muss vollständig und korrekt ausgefüllt eingereicht werden. Kopien der Fähigkeitsausweise/Diplome sind beizulegen. Unvollständige Anmeldungen werden nicht berücksichtigt.

**Bitte einsenden via Mail an:**

[gabriele.cespiwa@bzpflege.ch](mailto:gabriele.cespiwa@bzpflege.ch)

**oder an:**

Berner Bildungszentrum Pflege  
z.Hd. Frau Gabriele Cespiwa  
Bereich Weiterbildung  
Freiburgstrasse 133  
3008 Bern