Anmeldung

Anmeldeformular entweder schriftlich zustellen, oder bei Bedarf können Sie die Anmeldung telefonisch machen und wir nehmen für Sie die Information gleich auf (Tel. 041 545 87 20)

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| [ ]  Berufswahlassessment   |   |
| [ ]  Potentialabklärung  |  |
|  |  |
| Personalien |  |
| Name/Vorname: |        |
|  |  |
| Adresse: |       |
|  |  |
| Geburtsdatum: |       |  |  |
|  |  |  |  |
| AHV/IV-Nummer: |       |  |
|  |  |  |
| Beruf/Ausbildung: |       |
|  |  |
| Telefonnummer: |       |  |

|  |
| --- |
| Schwierigkeiten im Arbeits- und/oder Ausbildungsbereich |
| Art der Schwierigkeit: |       |
|  |  |
|  |   |

|  |
| --- |
| Krankheitsverlauf |
| Diagnose: |       |
|  |  |
| Ergonomisches Profil  |       |
|  |   |
|  |
| Zielsetzungen |
| Ziel der Massnahme: |       |
|  |  |
| Bemerkungen: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eingliederungs-verantwortliche |        |  Tel:  |       |
| Person des Zuweisers: |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort/Datum: |        |

Bei schriftlicher Anmeldung Anmeldeformular bitte an die Befas senden:

Befas Zentralschweiz, Allmendstrasse 18, 6048 Horw, oder befas@hin.ch

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |