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

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