

Anlage zum Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Weiterbildung zum Arbeits- bzw. Betriebsmediziner

Europäischer Sozialfonds (ESF) im Freistaat Sachsen
Förderperiode 2014 - 2020

1. Antragsteller

Name

Vorname

bzw. **zugelassene Weiterbildungsstätte**

2. Angaben zum/zur Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

PLZ **Ort/Ortsteil**

3. Erklärung des/der Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Hiermit erkläre ich, dass ich:

- beabsichtige, die Prüfung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bzw. zum/zur Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin abzulegen;
- die Weiterbildung bei der o.g. anerkannten Weiterbildungsstelle absolvieren werde und mit dieser einen befristeten Arbeitsvertrag oder Weiterbildungsvertrag mindestens über den geförderten Zeitraum abschließen werde;
- nach Ende der geförderten Weiterbildungszeit eine mindestens 24-monatige Weiterbeschäftigung bei der anerkannten Weiterbildungsstätte aufnehmen werde.

steten Arbeitsvertrag oder Weiterbildungsvertrag mindestens über den geförderten Zeitraum abschließen werde;

4. Statistik/Indikatoren

Wir sind verpflichtet, die folgenden Daten für statistische Zwecke zu erheben. Bitte machen Sie folgende Angaben:

1. Alter:

2. Ich gehöre einer in Deutschland anerkannten Minderheit an (Sinti, Roma, Friesen, Sorben).

ja nein

Hinweis: Diese Angabe ist freiwillig.

3. Ich habe einen Migrationshintergrund, weil ich entweder
- nicht auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik geboren wurde und 1950 oder später zugewandert bin und/oder
 - keine deutsche Staatsangehörigkeit besitze oder eingebürgert wurde oder

- meine Eltern oder ein Elternteil nach Deutschland zugewandert oder ausländischer Herkunft sind.

ja nein

Hinweis: Diese Angabe ist freiwillig.

4. Ich habe eine anerkannte Behinderung.

ja nein

Hinweis: Diese Angabe ist freiwillig.

5. Bitte geben Sie Ihren höchsten Bildungsabschluss an:

- ich besitze das Abitur / die Fachhochschulreife und habe sie erworben**
 - auf dem **1. Bildungsweg (z.B. (Fach)-Gymnasium, Gesamtschule, Fachoberschule)**
 - auf dem **2. Bildungsweg (z.B. Kollegschule, Abendgymnasium)**
- ich besitze einen (Fach)Hochschulabschluss / Promotion**

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift