

Arbeitsstiftung der Diözese Linz

4020 Linz, Domgasse 3
Tel.: 0732 / 78 13 70, Fax DW 4
E-Mail: arbeitsstiftung@dioezese-linz.at
www.dioezese-linz.at/arbeitsstiftung
IBAN: AT50 1860 0000 1060 0674 BIC: VKBLAT2L



Katholische Kirche
in Oberösterreich
Ansprechperson: Mag.^a Ursula Sixt
Telefon: 0732/ 79 00 70-15
E-Mail: ursula.sixt@clickandlearn.at

Teilnahmedaten TAS 256639

Foto

Stiftungsteilnehmer/Stiftungsteilnehmerin:

..... Vor- und Familienname SV-Nummer
..... Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
..... Telefon E-Mail

Bisheriger Arbeitgeber

.....
Firmenwortlaut:

.....
Adresse des Unternehmens (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

.....
Ausmaß der bisherigen Wochenarbeitszeit

- Zuschussleistung zur Abdeckung schulungsbedingter Mehraufwendungen: € 120,-**
Information über allfällige Lohnsteuerpflicht ist erfolgt am durch
- Die Vollauslastung gem. § 18 AIVG, Abs. 6 lit. c ist während der Berufsorientierung sichergestellt.**

Vorbildung Stiftungsteilnehmer/Stiftungsteilnehmerin:

Abgeschlossene Vorbildung	Art /Fachgebiet
<input type="radio"/> Pflichtschule	
<input type="radio"/> Lehre	
<input type="radio"/> Meisterprüfung	
<input type="radio"/> Berufsbildende mittlere Schule	

Abgeschlossene Vorbildung	Art /Fachgebiet
<input type="radio"/> Allgemeinbildende höhere Schule	
<input type="radio"/> Berufsbildende höhere Schule	
<input type="radio"/> Fachhochschule	
<input type="radio"/> Universität /Akademie o.ä.	

Stiftungseintritt am:

Voraussichtliche Dauer der Berufsorientierung im Rahmen der Stiftung: von: bis:

Offensichtlicher Schulungsbedarf (z.B. Deutsch, EDV-Grundkenntnisse):

Frist bis wann der Maßnahmenplan vorliegt:

Frist bis wann der Maßnahmenplan von Seiten des AMS bewilligt werden soll:

Allfällige erforderliche Änderungen werden unverzüglich dem AMS mitgeteilt.

.....

Für die Richtigkeit der Angaben
(erhebendeR TrainerIn)

Name ist auch in Blockbuchstaben neben die Unterschrift zu setzen.

.....

Der/Die StiftungsteilnehmerIn

Teilnahmedaten Seite 3 – Arbeitsstiftung der Diözese Linz

Name (akad. Titel): Vorname:

Familienstand:		Sorgepflichten		AlleinerzieherIn	
ledig	<input type="radio"/>	Kinder	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
verh.	<input type="radio"/>	Anzahl	___	Nein	<input type="radio"/>
gesch.	<input type="radio"/>				
Leb. gem.	<input type="radio"/>				
Witwe/r	<input type="radio"/>				

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Berufsausbildung	von – bis	Abschluss
.....		
.....		
.....		
.....		

Berufslaufbahn:

Firma	beschäftigt als	von – bis Monat/Jahr
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Führerschein: A B C D E F

Grad der Behinderung: %

Zuständiges AMS:

Datum: Unterschrift: