

# Anmeldeformular

**Grundig Akademie**  
**Akademie für Wirtschaft und Technik**  
**gemeinnützige Stiftung e.V.**  
**Beuthener Straße 45**  
**90471 Nürnberg**

Bitte das Formular vollständig, leserlich  
und in Druckbuchstaben ausfüllen!

Bitte für jeden Teilnehmer ein eigenes  
Formular verwenden!

**Per Telefax 0911 96844938**

Anmeldung zu den Kursen des Zentrum Bayern Familie und Soziales – Inklusionsamt im Jahr 2019 nach  
§ 185 Abs. 2 Satz 6 SGB IX, § 29 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung

Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2019 Ort: \_\_\_\_\_  
Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2019 Ort: \_\_\_\_\_  
Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2019 Ort: \_\_\_\_\_  
Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2019 Ort: \_\_\_\_\_

## Kursteilnehmer:

Herr  Frau Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## Dienstanschrift:

Betrieb/Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Str.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Funktion im Betrieb/in einer Dienststelle (bitte ankreuzen):

- Vertrauensperson, seit \_\_\_\_\_  
 stellv. Vertrauensperson, seit \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber/Personalabteilung  
 Inklusionsbeauftragte  
 Betriebsrat oder Personalrat  
 andere Funktion: \_\_\_\_\_

Bedürfen Sie personeller Hilfen?  Ja  Nein  
Bedürfen Sie besonderer  
räumlicher Gegebenheiten?  Ja  Nein  
Benötigen Sie einen Gebärden-  
sprachdolmetscher?  Ja  Nein

## Sonstige Bemerkungen:

Diese Anmeldung erfolgt mit der Freistellung durch den Arbeitgeber und ist verbindlich.  
**Die Rechtsgrundlagen und Teilnahme-/Stornierungsbedingungen auf den Seiten 82/83  
sowie die Datenschutzerklärung auf Seite 84 habe ich akzeptiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

Dieses Formular finden Sie auch unter [www.kurse-inklusionsamt-bayern.de](http://www.kurse-inklusionsamt-bayern.de)