

## Søknadsskjema

*Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev*

**PERSONOPPLYSNINGER - skriv tydelig**

<i>Etternavn:</i>	<i>Fornavn:</i>
<i>Fødselsår:</i>	<i>Kjønn: (M/K):</i>
<i>Adresse:</i>	<i>Postnr/ poststed:</i>
<i>Kommune:</i>	<i>Fylke:</i>
<i>Opprinnelsesland:</i>	<i>Morsmål:</i>
<i>E-post:</i>	
<i>Telefon: privat /mobil</i>	<i>Arbeidsgiver:</i>
<i>Adresse arbeidsgiver:</i>	<i>Postnr. /poststed:</i>
<i>Telefon arbeid:</i>	
<i>Kryss av:</i> <i>Sykehjem</i> __ <i>Hjemmetjenesten</i> __	<i>PU-bolig</i> __ <i>Dagsenter</i> __ <i>Annet</i> __

**FORMELL UTDANNING – SKOLEGANG (kopier av vitnemål må vedlegges)**

<i>Skolegang etter grunnskolen</i>	<i>Fullført år</i>	<i>Ikke fullført</i>	<i>Vedlegg nr</i>

**Krav til deg som deltaker**

- Du har et arbeidsforhold i kommunehelsetjenesten
- Du deltar på fellessamlingene og følger undervisningen i nettklasserommet
- Du deltar på ABC opplæringen på arbeidsplassen før, under eller etter opplæringen
- Du er aktiv i undervisningen, i gruppearbeid, leverer oppgaver og svarer på mail, SMS, Skype. Fortløpende tilbakemeldinger om din praksis, eksamen, adresse/mail/tlf. bytte o.l. gis umiddelbart til kontaktlærer.
- Du må ha grunnleggende ferdigheter i IKT
- Minoritetsspråklige må ha bestått Norsktest på B1 nivå både skriftlig og muntlig
- Har du lese- og skrivevansker?      JA\_\_      NEI\_\_

*Deltar du / eller har du gjennomført.....*

*Demensomsorgens ABC \_\_\_\_ Eldreomsorgens ABC \_\_\_\_ Mitt livs ABC \_\_\_\_*

**ARBEIDSPRAKSIS – kun innen pleie og omsorg - (attester må vedlegges)**

<b>Arbeidsgiver</b>	<b>Stilling - %</b>	<b>Tidsrom</b>	<b>Vedlegg nr</b>

**Deltaker: Jeg bekrefter at gitte opplysninger er riktige (NB: håndskreven underskrift)**

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

**Krav til leder:**

- Godkjenner og undertegner søknaden og samarbeidsavtalen med Aldring og helse
- Skaffer en veileder på arbeidsplassen
- Tilrettelegger og gir deltaker tilstrekkelig antall praksistimer
- Gir deltaker mulighet til å delta på fellessamlingene
- Melder deltaker på: Demens- / Eldreomsorgens ABC / Mitt livs ABC sammen med kollegaer på arbeidsplassen/ avdelingen, når det er mulighet for dette.

**Godkjenning med signatur fra arbeidsgiver/leder (NB: håndskreven underskrift)**

Navn:		
<b>E-post leder:</b>		
Sted:	Dato:	Underskrift:

**Registreringsskjema sendes elektronisk (skannes) eller pr. post til:**

**Aldring og helse**  
**Jeg vil bli helsefagarbeider v/ Marta Reggestad** (tlf. 97750643)  
**Postboks 2136**  
**3103 Tønsberg**  
[marta.reggestad@aldringoghelse.no](mailto:marta.reggestad@aldringoghelse.no)