



Bewerbung zur MiMi-Gesundheitsschulung

Bewerber*in:

Name:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Tel. privat:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		

Wie wurden Sie auf die MiMi-Gesundheitsschulung aufmerksam?*(Mehrfachnennungen möglich)*

- Zeitung
- Internet (soziale Netzwerke, Twitter, E-Mail, etc.)
- Plakat / Flyer
- Persönliche Ansprache
- durch eine*n Arzt_Ärztin oder eine Beratungsstelle
- durch die Krankenkasse
- durch Informationen von Freund*innen oder Bekannten
- Sonstige Quellen:
-

Warum möchten Sie sich zu einer* einem Gesundheitsmediator*in schulen lassen?*(Mehrfachnennungen möglich)*

- Ich bin selbst oder als Angehörige*r von einem Gesundheitsproblem betroffen.
- Ich möchte andere Menschen zu diesem Thema informieren.
- Die Schulung ist für meinen beruflichen Werdegang wichtig.
- Ich finde Mediator*innenarbeit als Nebentätigkeit attraktiv.
- Sonstige Gründe:
-

Persönliche Daten:**Geschlecht:** männlich weiblich _____**Geburtsdatum:** **Geburtsort:** **Geburtsland:** Deutschland Mindestens ein Elternteil im Ausland
(außerhalb Deutschlands) geboren Beide Elternteile in Deutschland gebo-
ren Anderes LandEinreise nach Deutschland:
Jahr

Schulabschluss: Schule ohne Abschluss verlassen Hauptschulabschluss Realschulabschluss / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / Hochschulreife Sonstiger Schulabschluss:
_____**Berufliche Ausbildung:** keine berufliche Ausbildung Berufsausbildung Fachhochschulstudium Hochschulstudium Promotion oder Professur Sonstige Ausbildung:
_____**Sprachkenntnisse:**

	Wie gut können Sie die <u>deutsche Sprache</u> ?			Wie gut können Sie die Sprache Ihres Geburtslandes bzw. die Sprache Ihrer Eltern? <u>Muttersprache:</u> _____			Weitere Sprache: _____		
	Sprechen	Schreiben	Lesen	Sprechen	Schreiben	Lesen	Sprechen	Schreiben	Lesen
<i>Sehr gut</i> ++	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ / -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- <i>Gar nicht gut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soziale / lokale Vernetzung:

Sind Sie außerhalb von Beruf und Familie (ehrenamtlich) aktiv, z.B. in einem Verein, einer religiösen Gemeinde, einer Initiative, einem Projekt oder einer Selbsthilfegruppe? Wenn ja, wo?

Wissen Sie schon, wo Sie nach der Schulung eine muttersprachliche Info-Veranstaltung durchführen können? Wenn ja, wo?

Der*Die Teilnehmer*in stimmt zu, dass die gemachten Angaben im Rahmen des MiMi-Gesundheitsprojektes verwendet werden dürfen.

Datum: | | . | | . | | | |

Unterschrift Teilnehmer*in: _____