

**VORANMELDUNG**  
**PRAKTIKUM – SOZIALBETREUUNG ALTENARBEIT**

**Persönliche Daten:**

Name:

Klasse:

Schuljahr:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

**Praktikumsstelle:**

Institution:

Adresse:

Ansprechperson (bei eigenständiger Kontaktaufnahme):

Praktikumsbeginn:

Voraussichtliches Praktikumsende:

Praktikumsstunden:

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Schule für  
Sozialbetreuungsberufe**  
Viktringer Ring 36  
9020 Klagenfurt

Tel +43 463 511404-0; Fax DW 15  
fs-sozial2@bildung-ktn.gv.at  
www.sobs.at

UID-Nr. ATU38287901  
ZVR-Nr. 587291857

gefördert von: