



Anfrage zum Mitwirken im Ehrenamt - Praktikum und Mitgliedschaft -

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Mitwirkung bei der Sanitätskollektiv Leipzig GbR. Mit den Angaben in diesem Formular können wir Ihr Interesse an einer Tätigkeit im SKL fachgerecht einschätzen, einen passenden Einstieg vorbereiten und die nächsten Schritte mit Ihnen abstimmen. Der Einstieg erfolgt grundsätzlich über ein Praktikum bzw. eine Hospitation. Im Anschluss kann eine weitere ehrenamtliche Mitwirkung geprüft werden, sofern beiderseits Interesse besteht und die Voraussetzungen vorliegen. Je vollständiger Ihre Angaben sind, desto gezielter und effizienter können wir Ihre Anfrage bearbeiten. Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir neue Bewerber*innen eingehend prüfen und die Passung zu unserem Team prüfen, um ein gutes Zusammenspiel aller Helfer*innen gewährleisten zu können.

Personendaten	
Geschlecht/Anrede:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname:	
weitere Vornamen:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

Anschrift	
Straße:	
Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Ort:	

Kontaktdaten	
E-Mail-Adresse:	
Handynummer:	

Vortätigkeit	
Waren Sie bereits einmal für das SKL tätig?	<input type="checkbox"/> Ja, ich war in der Vergangenheit bereits einmal für das SKL tätig. <input type="checkbox"/> Nein, ich war noch nie für das SKL tätig.
Art der Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft (Mitgliedsnummer: _____) <input type="checkbox"/> Praktikum (Zeitraum: ca. _____ bis _____)



Tätigkeit	
An welchen Bereichen haben Sie Interesse?	<input type="checkbox"/> Sanitätsdienst <input type="checkbox"/> Demosanitätsdienst <input type="checkbox"/> Set-Medic <input type="checkbox"/> Betreuungsdienst <input type="checkbox"/> Transportgruppe <input type="checkbox"/> Drohnengruppe <input type="checkbox"/> Aus- und Fortbildung <input type="checkbox"/> Notfallwissen <input type="checkbox"/> Schulsanitätsdienst <input type="checkbox"/> Führungsgruppe <input type="checkbox"/> Pressestelle <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Vorerfahrungen	
Vorqualifikationen medizinisch	<input type="checkbox"/> Ersthelfer*in <input type="checkbox"/> First-Responder*in <input type="checkbox"/> Sanitätshelfer*in <input type="checkbox"/> Sanitäter*in <input type="checkbox"/> Rettungshelfer*in <input type="checkbox"/> Rettungssanitäter*in <input type="checkbox"/> Rettungsassistent*in <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter*in <input type="checkbox"/> Ärzt*in <input type="checkbox"/> Notärzt*in <input type="checkbox"/> medizinische*r Fachangestellte*r <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer*in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger*in <input type="checkbox"/> Intensivpfleger*in <input type="checkbox"/> _____
Vorqualifikationen Führungsdienst	<input type="checkbox"/> Truppführer*in <input type="checkbox"/> Gruppenführer*in <input type="checkbox"/> Zugführer*in <input type="checkbox"/> Abschnittsleiter*in <input type="checkbox"/> Führungsassistent*in <input type="checkbox"/> Einsatzleiter*in <input type="checkbox"/> Verbandsführer*in <input type="checkbox"/> organisatorische*r Leiter*in RD <input type="checkbox"/> Leitende*r Notärzt*in <input type="checkbox"/> _____
Vorqualifikationen Bildungsarbeit	<input type="checkbox"/> Ausbilder*in Erste-Hilfe <input type="checkbox"/> Ausbilder*in Erste-Hilfe am Kind <input type="checkbox"/> Ausbilder*in Fachlehrgänge <input type="checkbox"/> Mentor*in <input type="checkbox"/> BLS-Instruktor <input type="checkbox"/> A(C)LS-Instruktor <input type="checkbox"/> PALS-Instruktor <input type="checkbox"/> TECC-Instruktor <input type="checkbox"/> Simulationstrainer*in <input type="checkbox"/> Lehrbeauftragte*r <input type="checkbox"/> _____
Vorqualifikationen besondere Bereiche	<input type="checkbox"/> Feherwehrmann*frau <input type="checkbox"/> Brandschutzhelfer*in <input type="checkbox"/> Rettungsschwimmer*in <input type="checkbox"/> Strömungsretter*in <input type="checkbox"/> Suchtrupphelfer*in <input type="checkbox"/> Fernpilot*in USA (A1/A3) <input type="checkbox"/> Fernpilot*in USA (A2) <input type="checkbox"/> Fernpilot*in STS-Schulung <input type="checkbox"/> BOS-Sprechfunkausbildung
Sonstige relevante Vorqualifikationen	

Nachweise sind der Anfrage beizufügen!



Mobilität	
Führerschein	<input type="checkbox"/> Führerschein vorhanden (Klasse(n): _____) <input type="checkbox"/> Führerschein nicht vorhanden
PKW vorhanden	<input type="checkbox"/> ja, vorhanden <input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden

Verfügbarkeit	
Gewünschter Beginn	<input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab dem:

Motivation und Interessen	
Warum möchten Sie sich beim SKL einbringen? Warum passen Sie gut in unser Team?	
Was möchten Sie in Ihrem Praktikum kennenlernen oder ausprobieren?	
Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?	

Erklärung

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Prüfung meiner Anfrage auf ein Praktikum und ein mögliches Mitwirken im Ehrenamt des Sanitätskollektiv Leipzig. Ich habe die Datenschutzerklärung des Sanitätskollektiv Leipzig in der geltenden Fassung gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen meiner Anfrage zu.

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller*in



Einverständniserklärung der Personenfürsorgeberechtigten
- nur bei Minderjährigkeit notwendig -

Fürsorgeberechtigte*r	
Geschlecht/Anrede:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname:	
weitere Vornamen:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Handynummer:	
Verhältnis zur minderjährigen Person	

Erklärung der*des Personenfürsorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass die zuvor genannte minderjährige Person diese Anfrage stellt und ein Praktikum/eine Hospitation beim SKL absolvieren kann. Mir ist bekannt, dass das Praktikum dem gegenseitigen Kennenlernen dient und hierdurch keine automatische Übernahme, Aufnahme oder sonstige verbindliche weitere Mitwirkung entsteht.

Die zuvor genannte minderjährige Person ist

gemäß Gesetz berechtigt bis 24:00 Uhr in der Öffentlichkeit unterwegs zu sein.

oder

dazu berechtigt bis _____:_____ Uhr in der Öffentlichkeit unterwegs zu sein.

Der Rückweg von Diensten soll bis zur obigen Uhrzeit

nach Möglichkeit beendet sein.

oder

angetreten werden.

Ort

Datum

Unterschrift Fürsorgeberechtigte*r