

---

## Anmeldung zur Qualifizierung Schulungsreferent/in gegen (sexualisierte Gewalt) Bereich Gesundheitshilfe/Krankenhaus

---

**Veranstaltungsnummer:  
(BW-Nummer)**

**Termine:**

**Ort:**

**Name, Vorname:**

**Anschrift:** privat:

oder  
dienstlich:

**Telefon:**

**Email:**

**Geburtsdatum:**

**Einrichtung und Funktion:**

---

(Erz-)Bistum:

Teilgenommen am \_\_\_\_\_ an einer Präventionsschulung

- Basis  
 BasisPlus

am: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

durch folgenden Träger:

\_\_\_\_\_

Die Anmeldung gilt als verbindlich, sobald Sie eine Anmeldebestätigung erhalten haben. Die Fortbildung ist für die Schulungsreferent/-innen bei vollständiger Teilnahme kostenlos. Bei kurzfristiger Absage ab 10 Tage vor Beginn der Fortbildung erheben wir Ausfallgebühren in Höhe der jeweiligen Tagungshaussätze von 45,00 €/Tag bis höchstens 60,00 €/Tag, wenn der Platz nicht anderweitig vergeben werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/-in

Datenschutz: Das Katholische Bildungswerk sowie die Präventionsstellen der (Erz-) Bistümer in NRW verwenden Ihre Daten zur Organisation der Qualifizierungsschulung sowie für die weitere Kommunikation innerhalb einer sich anschließenden Tätigkeit als Schulungsreferent/-in.

Diese Anmeldung senden Sie bitte unter Berücksichtigung der Anmeldefrist an

**[praevention@bistum-essen.de](mailto:praevention@bistum-essen.de)**

\_\_\_\_\_