

# Anmeldeformular

**Grundig Akademie**  
**Akademie für Wirtschaft und Technik**  
**gemeinnützige Stiftung e.V.**  
**Beuthener Straße 45**  
**90471 Nürnberg**

**Bitte das Formular vollständig, leserlich  
und in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**Bitte für jeden Teilnehmer ein eigenes  
Formular verwenden!**

**zbfs@grundig-akademie.de**  
**Telefax 0911 96844938**

Anmeldung zu den Kursen des Zentrum Bayern Familie und Soziales – Inklusionsamt nach  
§ 185 Abs. 2 Satz 6 SGB IX, § 29 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung

Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2023 Ort: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2023 Ort: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ bzw. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2023 Ort: \_\_\_\_\_

## Kursteilnehmer:

Herr  Frau **Nachname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

## Dienstanschrift:

Betrieb/Dienststelle: \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Funktion im Betrieb/in einer Dienststelle  
(bitte ankreuzen):

Vertrauensperson, seit \_\_\_\_\_

stellv. Vertrauensperson, seit \_\_\_\_\_  
wievielter Stellvertreter  1.  2.  \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Personalabteilung

Inklusionsbeauftragter des AG, seit \_\_\_\_\_

Betriebsrat oder Personalrat, seit \_\_\_\_\_

andere Funktion/Sonstige: \_\_\_\_\_

Bedürfen Sie personeller Hilfen?  Ja  Nein

Bedürfen Sie besonderer  
räumlicher Gegebenheiten?  Ja  Nein

Benötigen Sie einen Gebärdensprachdolmetscher?  Ja  Nein

Sonstige Bemerkungen:

**Diese Anmeldung ist verbindlich. Die Rechtsgrundlagen, Teilnahme-/Stornierungsbedingungen sowie die Datenschutzerklärung (Seiten 64–66) habe ich zur Kenntnis genommen und sind Bestandteil der Vereinbarung.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel