|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trägername |  | Ansprechperson/Telefonnummer |  |

**Titel der Maßnahme:** Maßnahmentitel

[ ]  **Kurzbericht** [ ]  **Abschlussbericht**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Teilnehmer\_in:** | Name der Teilnehmer\_in | **Vers. Nr.:**  | Vers. Nr. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Beginn der Maßnahme:** | Datum eingeben |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ende der Maßnahme:** | Datum eingeben |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Inhaltliches Maßnahmenziel erreicht?:** | ja [ ]  | nein[ ]  |  |
|  | wenn nein, Begründung: | Kurzbeschreibung |
|  |  |  |  |

**Berufliche Kompetenzen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Fachliche berufliche Kompetenzen** lt. Berufsinformationssystem BIS vom AMS(genaue Zuordnung unter <https://ams.at/su/BISKompetenzen>) |
|  |  |
|  | Bitte hier die Kompetenzen lt. BIS eintragen |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Überfachliche berufliche Kompetenzen** lt. Berufsinformationssystem BIS vom AMS(genaue Zuordnung unter <https://ams.at/su/BISKompetenzen>) |
|  |  |
|  | Bitte hier die Kompetenzen lt. BIS eintragen |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Zertifikate und Ausbildungsabschlüsse** lt. Berufsinformationssystem BIS vom AMS(genaue Zuordnung unter <https://ams.at/su/BISKompetenzen>) |
|  |  |
|  | Bitte hier die Zertifikate und Ausbildungsabschlüsse lt. BIS eintragen |
|  |  |  |

**Vermittlungsrelevante Informationen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **erster Berufswunsch (BW1):** | Bitte Berufswunsch eintragen |
|  | **alternativer Berufswunsch (BW2):** | Bitte Berufswunsch eintragen |
|  |  |
|  | **Vollzeit:** | [ ]  |
|  | **Teilzeit:** | [ ]  **von:**Uhrzeit **bis:**Uhrzeit |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Betreuungspflichten?:**  | nein [ ]  | ja [ ]  | wenn ja, geregelt durch: Kiga/Privatperson/... |
|  |  |
|  | **FSB vorhanden?:**  | ja [ ]  | nein[ ]  |
|  | **Privat-Pkw vorhanden?:**  | ja [ ]  | nein[ ]  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Gesundheitliche Einschränkungen vorhanden?** |  |  ja [ ]  | nein [ ]  |
|  | Wenn ja, Kurzbeschreibung:  | Kurzbezeichnung der gesundh. Einschränkung |
|  |  |
|  | Ausübung im angestrebten/vereinbarten Tätigkeitsbereich möglich? | ja [ ]  | nein [ ]  |
|  |
|  | Detaillierter Bericht im Anhang? | ja [ ]  | nein [ ]  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Lebenslauf hochgeladen?**  | ja  | [ ]  | nein [ ]  folgt bis …. |
|  | **Zeugnisse/Zertifikate im Anhang?** | ja | [ ]  | nein [ ]  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Weitere Berichte im Anhang?** | ja | [ ]  | nein [ ]  |
|  |  |  |

**Weitere Informationen** (nur bei Abschlussbericht):

Bitte hier weitere Informationen eintragen.

Bericht erstellt von: Bitte Namen eintragen am: Datum eingeben.