

LWL-Integrationsamt Westfalen – Infothek –
48133 Münster
Fax: 0251 5916566

Teilnehmer: _____
Name/Vorname

Genauere Bezeichnung und Anschrift des Betriebes/der Dienststelle:

Betriebsnummer des Betriebes/
der Dienststelle

--	--	--	--	--	--	--	--

(BA-Nummer wird von Agentur für Arbeit
vergeben)

Funktion im Betrieb/der Dienststelle: (Bitte unbedingt ausfüllen)

- Schwerbehindertenvertretung (SBV)
- Stellvertretung der SBV
- Betriebs-, Personalrat, Mitarbeitervertretung
- Beauftragte/r der/des Arbeitgeberin/Arbeitgebers
- Personalverantwortliche/r

Seit wann gewählt/bestellt:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Innerhalb der letzten 3 Jahre habe ich folgende Kurse des LWL-Integrationsamts Westfalen besucht:

- Grundkurs _____ Aufbaukurs _____ _____

Haben Sie auf Grund Ihrer Behinderung bestimmte Anforderungen an den Veranstaltungsort? Falls Ja, dann teilen Sie uns dies bitte mit!

- Ich melde mich hiermit verbindlich zur genannten Veranstaltung an.
- Ich erkläre mich mit den Zahlungsbedingungen und der Organisation einverstanden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für die Organisation der Kurse und Veranstaltungen des LWL-Integrationsamts Westfalen gespeichert werden.

Bitte die jeweilige Kursnummer unter der entsprechenden Rubrik eintragen, den Kurs-termin zur Bestätigung wiederholen und einen möglichen Ausweichtermin angeben.

Beispiel ▶

Kurs-Nummer	Termin	Ausweichkurs/-termin
AGSP II 8	13.4. – 14.4.	AGSP II 9 6.9. – 7.9.

(Datum)

(Unterschrift)

(Nicht vollständig ausgefüllte Anmeldungen können leider nicht bearbeitet werden!)