



Europäischer Bildungsverbund

Application Form (*Bewerbungsformular*) Unpaid Work Experience

Bitte in Englisch ausfüllen.

PERSONAL INFORMATION			
COUNTRY OF DESTINATION		PERIOD OF TIME	
Family Name		First Name	
Date of Birth		Address	
Sex	(<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	City	
SKYPE Name		Post Code	
Profession – Beruf (in English and German)		Status	(<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Trainee <input type="checkbox"/> Young Professional
Passport / ID Number	Please add copy of passport/ID! (Personalausweis Kopie beilegen)	Telephone	
Mobile		E-mail	
Do you have a driving license?	(<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have a police record?	(<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

WHO SHOULD WE CONTACT IF THERE IS AN EMERGENCY?			
Name		Relationship	
Address			
City		Post Code	
Country		Telephone	
Mobile		Email	

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



**OFFENSIVE
MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

Employer contact details:			
Name			
Address			
City		Post Code	
Country	Germany	Telephone	
Email			

Information
<p>How did you hear about our association? (<i>Wie sind Sie auf unsere Organisation aufmerksam geworden?</i>):</p>
<p>Ggf. Aufteilung Zahlung Eigenbeteiligung</p> <p>Bitte tragen Sie hier den Betrag ein, den ggf. Ihr Unternehmen für Sie zahlt. Bsp.: 4 Wochen Irland 300,- € zahlt das Unternehmen und 300,-€ zahlen Sie.</p>

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



**OFFENSIVE
MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

YOUR HEALTH – bitte in Englisch und Deutsch ausfüllen	
Do you have any special dietary needs or principles? <i>(Haben Sie spezielle Bedürfnisse oder Prinzipien im Bezug auf die Ernährung?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please tell us about them: <i>(Wenn ja bitte näher ausführen)</i>
Do you have any allergies? <i>(Haben Sie Allergien?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please tell us about them: <i>(Wenn ja bitte näher ausführen)</i>
Do you have any special or cultural needs? <i>(Haben Sie spezielle oder kulturelle Bedürfnisse?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please tell us about them: <i>(Wenn ja bitte näher ausführen)</i>
Do you Smoke? <i>(Rauchen Sie?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have any current or historical medical conditions we should be aware of? <i>(Haben oder hatten Sie Erkrankungen, von denen wir wissen sollten?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please complete our health details section <i>(Wenn ja bitte die „health details section“ ausfüllen)</i>
Are you taking any regular medication? <i>(Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please complete our health details section <i>(Wenn ja bitte die „health details section“ ausfüllen)</i>
Are you receiving any medical treatment? <i>(Sind Sie in ärztlicher Behandlung?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please complete our health details section <i>(Wenn ja bitte die „health details section“ ausfüllen)</i>
Do you have any mental health problems? <i>(Leiden Sie unter psychischen Problemen?)</i> (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please complete our health details section <i>(Wenn ja bitte die „health details section“ ausfüllen)</i>

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
 Programm Erasmus+
 der Europäischen Union



**OFFENSIVE
 MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

HEALTH DETAILS SECTION

- bitte nur ausfüllen (in Englisch und Deutsch), falls es die vorherige Tabelle verlangt

**Please detail any form of medicine, drugs or treatment you are currently and/or regularly receiving.
(Bitte führen Sie die Medikamente oder Behandlung auf, welche Sie zur Zeit und/oder regelmäßig erhalten)**

**Please advise of any allergies or diseases you suffer from.
(Bitte führen Sie Ihre Allergien oder Krankheiten auf, unter denen Sie leiden)**

**Please advise of any operations or major illnesses suffered in the last 3 – 5 years.
(Bitte führen Sie Operationen oder schwere Krankheiten der letzten 3-5 Jahre auf)**

**Please advise of any ongoing medical problems.
(Bitte weisen Sie uns auf laufende medizinische Probleme hin.)**

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



**OFFENSIVE
MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

Nützliche Links zum ausfüllen dieser Seite:
https://www.bibb.de/de/berufeinfo.php/certificate_supplements/de
<http://www.ecvet-info.de/de/325.php>

YOUR WORK PLACEMENT REQUIREMENTS – bitte in Englisch und Deutsch ausfüllen

Please state the business area in which you are training. (e.g. *marketing, waiter, electronic engineering, Barman*)

Please describe the kind of work you would like to do? (e.g. *working in the marketing department of a company involved in public relations*)

Zu erlernende Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen – Knowledge, skills and competence to be acquired

Aufgaben des/der Teilnehmenden – Tasks of the trainee (mind. 5 Stichpunkte)

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



**OFFENSIVE
MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

Language Skills			
Please list any languages you can speak, indicating your level and the number of years of study			
Mother tongue?			
English	Oral comprehension (✓)	<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fluent
	Speaking ability (✓)	<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fluent
	Number of years study	years	
Other Languages	#1:	<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fluent
	#2:	<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fluent
	#3:	<input type="checkbox"/> Nil	<input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fluent

Spätestens 2 Wochen vor Beginn des Aufenthaltes erhalten Sie die Zugangsdaten zum EU Sprachtest per Email. Der Sprachtest erfolgt über die Online-Sprachunterstützung „Online Linguistic Support – OLS“. Die Durchführung des Testes ist eine Teilnahmevoraussetzung. Es erfolgt ein Test vor und dem Aufenthalt.

PLEASE REMEMBER TO FORWARD THE FOLLOWING DOCUMENTS WITH YOUR COMPLETED APPLICATION FORM (OTHERWISE YOUR APPLICATION CANNOT BE ACCEPTED)
1. Curriculum Vitae Europass in English including a current photo (<i>Europäischer Lebenslauf auf Englisch mit aktuellem Foto</i>) Download: http://europass.cedefop.europa.eu/de/documents/curriculum-vitae/templates-instructions
2. Reference form apprenticeship company (<i>Formblatt Referenzschreiben und Einverständniserklärung des Ausbildungsbetriebes</i>) <i>gilt nur, wenn Sie in der Ausbildung sind</i>
3. Reference form vocational school (<i>Formblatt Referenzschreiben und Einverständniserklärung der Berufsbildenden Schule</i>) <i>gilt nur, wenn Sie in der Ausbildung sind</i>
4. Letter of Motivation in English (Motivationsschreiben in Englisch) Bsp.: http://ib.wiso.fau.de/wp-content/uploads/2012/10/merkblatt-motivationsschreiben.pdf
5. Ausbildungsvertrag (<i>gilt bei dualen Ausbildungsberufen</i>) oder Schulbescheinigung (<i>gilt bei schulischen Ausbildungsgängen</i>) oder Abschlusszeugnis (<i>gilt bei Fachkräften</i>)

Rücksendung per Email oder Post:

Kontakt: Europäischer Bildungsverbund e. V. ausland@e-b-v.eu
 Büro: 39108 Magdeburg, Immermannstr. 28
 Telefon: 0391 72757277
 Ansprechpartner: Jacqueline Sell j.sell@e-b-v.eu
 Petra Laabs, Geschäftsführerin 0160 4433433

Mit dieser Bewerbung erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert und, soweit dies im Rahmen des ERASMUS+ Projektes erforderlich ist, an Dritte im Projekt weitergegeben werden. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über die bezüglich meiner Person gespeicherten Daten.

Datenschutzerklärung auf www.auslandspraktikum-europa.de

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
 Programm Erasmus+
 der Europäischen Union



**OFFENSIVE
 MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND

Datum, Unterschrift

Kooperationspartner



gefördert durch



Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



**OFFENSIVE
MITTELSTAND**

GUT FÜR DEUTSCHLAND