

# Anmeldung zur betrieblichen Fortbildung **CarusAkademie**

(Formular gültig ab 01.01.2012)

am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Bereich/Station: \_\_\_\_\_ KostenstelleE \_\_\_\_\_ (\*nur für UKD Mitarbeiter/-innen)

Fortbild. Datum	Fortbild. Nummer	Name / Thema der Fortbildung	privat	dienstl.*	DienstzeitE		Kostenübernahme durch UKDE(in %)			Unterschrift VorgesetzterE
			[x]	[x]	ja	nein	100	50	0	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Hinweis:**

Bitte informieren Sie sich in den aktuellen Teilnahme- und Geschäftsbedingungen der Carus Akademie über die

- Anmeldemodalitäten für Fortbildungen
- Rücktritts- bzw. Abmeldemodalitäten für Fortbildungen

Vielen Dank! Ihr Team der Carus Akademie

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitarbeiter:.....

**Postanschrift**  
 Carus Akademie  
 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
 Fachbereich Berufliche Weiterentwicklung  
 Fetscherstraße 74  
 01307 Dresden  
 E-Mail: carusakademie@uniklinikum-dresden.de  
 www.uniklinikum-dresden.de

**Ansprechpartner**  
 Kathrin Hildebrandt  
 Tel.: 0351 458-5175  
 Fax: 0351 458-5761  
 E-mail: kathrin.hildebrandt@uniklinikum-dresden.de

**Besucheradresse**  
 Carus Akademie  
 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
 Alemannenstraße 14  
 01309 Dresden