



Europäischer Bildungsverbund

# Application Form (*Bewerbungsformular*) Organized Unpaid Work Experience

Bitte in Englisch ausfüllen.

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

| WHO SHOULD WE CONTACT IF THERE IS AN EMERGENCY? |  |                     |  |
|---|--|---------------------|--|
| <b>Name</b>                                     |  | <b>Relationship</b> |  |
| <b>Address</b>                                  |  |                     |  |
| <b>City</b>                                     |  | <b>Post Code</b>    |  |
| <b>Country</b>                                  |  | <b>Telephone</b>    |  |
| <b>Mobile</b>                                   |  | <b>Email</b>        |  |

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
Programm Erasmus+  
der Europäischen Union

| Employer contact details: |         |                  |  |
|---------------------------|---------|------------------|--|
| <b>Name</b>               |         |                  |  |
| <b>Address</b>            |         |                  |  |
| <b>City</b>               |         | <b>Post Code</b> |  |
| <b>Country</b>            | Germany | <b>Telephone</b> |  |
| <b>Email</b>              |         |                  |  |

| Information   |
|---|
| <b>How did you hear about our association? (<i>Wie sind Sie auf unsere Organisation aufmerksam geworden?</i>):</b>  |
| <br><br><br><br><br>  |
| Ggf. Aufteilung Zahlung Eigenbeteiligung  |
| <b>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.</b> |
| <br><br><br><br><br>  |

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
Programm Erasmus+  
der Europäischen Union

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

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
 Programm Erasmus+  
 der Europäischen Union

## 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.)**

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
Programm Erasmus+  
der Europäischen Union

Nützliche Links zum ausfüllen dieser Seite:  
[https://www.bibb.de/de/berufeinfo.php/certificate\\_supplements/de](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)

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
Programm Erasmus+  
der Europäischen Union

| Language Skills   |                        |                              |   |
|---|------------------------|------------------------------|---|
| Please list any languages you can speak, indicating your level and the number of years of study |                        |                              |   |
| Mother tongue?  |                        |                              |   |
| <b>English</b>  | 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                        |   |
| <b>Other Languages</b>  | #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)  |
|--|
| <b>1. Curriculum Vitae Europass in English including a current photo (<i>Europäischer Lebenslauf auf Englisch mit aktuellem Foto</i>)</b><br>Download: <a href="http://europass.cedefop.europa.eu/de/documents/curriculum-vitae/templates-instructions">http://europass.cedefop.europa.eu/de/documents/curriculum-vitae/templates-instructions</a> |
| <b>2. Reference form apprenticeship company (<i>Formblatt Referenzschreiben und Einverständniserklärung des Ausbildungsbetriebes</i>) <i>gilt nur, wenn Sie in der Ausbildung sind</i></b>   |
| <b>3. Reference form vocational school (<i>Formblatt Referenzschreiben und Einverständniserklärung der Berufsbildenden Schule</i>) <i>gilt nur, wenn Sie in der Ausbildung sind</i></b>  |
| <b>4. Letter of Motivation in English (Motivationsschreiben in Englisch)</b><br>Bsp.: <a href="http://ib.wiso.fau.de/wp-content/uploads/2012/10/merkblatt-motivationsschreiben.pdf">http://ib.wiso.fau.de/wp-content/uploads/2012/10/merkblatt-motivationsschreiben.pdf</a>  |
| <b>5. Ausbildungsvertrag (<i>gilt bei dualen Ausbildungsberufen</i>) oder Schulbescheinigung (<i>gilt bei schulischen Ausbildungsgängen</i>) oder Abschlusszeugnis (<i>gilt bei Fachkräften</i>)</b>   |

**Rücksendung per Email oder Post:**

**Kontakt:** Europäischer Bildungsverbund e. V. [ausland@e-b-v.eu](mailto:ausland@e-b-v.eu)  
 Büro: 39108 Magdeburg, Immermannstr. 28  
 Telefon: 0391 72757277

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](http://www.auslandspraktikum-europa.de)

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

gefördert durch



Kofinanziert durch das  
 Programm Erasmus+  
 der Europäischen Union