



Bundesagentur für Arbeit

zuück an: greifswald.berufsberatung@arbeitsagentur.de

oder:

Agentur für Arbeit Greifswald

Berufsberatung

17474 Greifswald

Frau Blum

***** Bitte in Druckbuchstaben schreiben *****

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Geburtsort : _____

ggf. Geburtsname : _____

Straße : _____

PLZ/ Wohnort : _____

Tel.Nr. : _____

E-Mail-Adresse : _____

Staatsangehörigkeit : _____

voraussichtlicher

Schulabschluss : ☐ Berufsreife

☐ mittlere Reife

☐ Fachhochschulreife

☐ Abitur

derzeit

besuchte Schule : _____

geplante

Abgangsklasse : _____

Schuljahre : _____

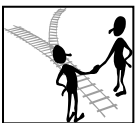
(von - bis)

Sozialvers.Nr. : _____

(wenn bekannt)



Gibt es gesundheitliche Einschränkungen,
die bei der Berufswahl berücksichtigt
werden müssen ?



Haben Sie schon konkrete Berufswünsche?



Gibt es weitere Fragen, die in der Berufsberatung geklärt werden sollen?
Haben Sie konkrete Terminwünsche?

Datum : _____

Unterschrift: _____

Die Angaben sind für die Versendung eines Beratungstermines und die weitere Zusammenarbeit erforderlich.
Vor einer missbräuchlichen Verwendung Ihrer Daten schützt Sie das Sozialgesetzbuch (§ 35 SGB I,
§§ 402, 403 SGB III, §§ 67 ff. SGB X). Sollten Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre
Berufsberaterin/ Ihren Berufsberater.