

# Anmeldung zum Zertifizierungsverfahren nach Gütesiegelverbund Weiterbildung e.V.

Rezertifizierung

Name der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation



Anschrift

Träger der Einrichtung/Organisation

Verantwortliche Leitung der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation

Name:

E-Mail:

Telefon:

Qualitätsmanagementbeauftragte\*r

Name:

E-Mail:

Telefon:

Anstreben der Zertifizierung nach folgendem QM-Modell

Branchenmodell Weiterbildung

QM-Modell Bildungsdienstleistungen

Ergänzung Bildungsstätten (für Einrichtungen/Organisationen mit eigenem Internatsbetrieb/Tagungshaus)

Ergänzung BNE-Spezifikation

Erweiterung AZAV (für Einrichtungen, die eine Träger- und Maßnahmenzertifizierung gemäß AZAV bei einer fachkundigen Stelle anstreben)

optional: Fachkundige Stelle (bitte tragen Sie hier die fachkundige Stelle ein, mit der Sie zusammenarbeiten)

Zum Zertifizierungsverfahren

Basisverfahren

virtuelles Zertifizierungsverfahren

Entwicklungsverfahren

Vorgespräch

**Das Vorgespräch ist verpflichtend, wenn Einrichtungen/Organisationen vom Basis- zum Entwicklungsverfahren wechseln, oder das virtuelle Zertifizierungsverfahren durchlaufen.**

Geplanter Abschluss (ca.):

Gültigkeit des akt. Zertifikats:

### als Zertifizierung im Verbund mit:

(für Einrichtungen/Organisationen, die sich im Verbund zusammenschließen und ein gemeinsames QMS anwenden)

### als Zertifizierung in gemeinsamer Trägerschaft mit:

(für Einrichtungen/Organisationen vom selben Träger, die sich zusammenschließen und ein gemeinsames QMS anwenden)

## Geltungsbereich der Zertifizierung

Auflistung der Zweig-/Nebenstellen oder rechtlich/organisatorisch selbstständigen Teil-Einheiten eines Trägers  
Bitte nutzen Sie ggf. ein Extrablatt für die Zusatzklärungen.

Zweig-/Nebenstelle	Adresse	Anzahl des dort eingesetzten Personals
--------------------	---------	---

## Beschäftigte

Gesamtzahl der Mitarbeiter\*innen in der Einrichtung/Organisation:  
(nach Personen)

Anzahl der Mitarbeiter\*innen\* im Geltungsbereich der Zertifizierung:  
(Vollzeitäquivalente)

\*Bitte nennen Sie uns hier die auf Vollzeitäquivalente umgerechnete Mitarbeitendenanzahl. Teilzeitkräfte werden dabei nach Anzahl der Arbeitsstunden/Woche in Vollzeitäquivalente umgerechnet (z.B.: Mitarbeiter\*in mit 30 Std./Woche = 0,75 Vollzeitstelle). Auszubildende und Bundesfreiwilligendienstler\*innen werden mit 0,2 Stellen auf die Vollzeitäquivalente angerechnet.

## Inhaltlicher Schwerpunkt der Einrichtung/Organisation

allgemeine Weiterbildung	Jugendbildung
politische Bildung	Jugendberufshilfe
berufliche Bildung	Familienbildung
Sprachförderung	Sonstiges:

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird bestätigt. Sie sind Bestandteil des Vertrags zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name der verantwortlichen Person