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
- ☐ Spezifikation für Bildungsstätten (für Einrichtungen/Organisationen mit eigenem Internatsbetrieb/Tagungshaus)
- ☐ Spezifikation Bildung für nachhaltige Entwicklung
- ☐ 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 Zusatzerklärungen.

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, geringfügig Beschäftigte und Bundesfreiwilligendienstler*innen werden mit 0,2 Stellen auf die Vollzeitäquivalente angerechnet.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Einrichtung/Organisation

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

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

Datum _____ Name der verantwortlichen Person _____