**Unternehmensdaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Kunde: |  |
| Kundennummer: |  |

**Änderung der Zentrale (Firmensitz)**

*Bitte Nachweise (z.B. HR-Auszug/VR-Auszug - Gesellschafterliste) einreichen*

Art der Änderung:

Datum der Änderung angeben:

**Anmeldung / Abmeldung eines Standortes**

[ ]  Anmeldung eines Standortes zum: (Datum eintragen)

[ ]  Abmeldung eines Standortes zum: (Datum eintragen)

**Adresse des an- bzw. abzumeldenden Standortes:**

*(Für die An- bzw. Abmeldung von mehreren Standorten kopieren Sie bitte das Adressfeld und fügen es zusätzlich ein)*

|  |
| --- |
| Anschrift: |
| PLZ:  | Ort:  |
| Ansprechpartner:  |
| Telefon:  | Fax:  |
| E-mail:  |
| Internetadresse:  |
| Anzahl der Mitarbeitenden\* gesamt an diesem Standort: |

**\****Umrechnen auf Vollzeitmitarbeiter*

Handelt es sich bei der Anmeldung des Standortes um einen **temporären Standort\*\***, dann geben Sie bitte noch den Zeitraum an.

Beginn:Ende:

\*\* e*in temporärer Standort bezeichnet einen Standort, an dem spezifische Tätigkeiten* ***für einen begrenzten Zeitraum*** *durchgeführt werden und der* ***kein ständiger*** *Standort werden wird. Temporäre Standorte können z.B. Baustellen, Tagungsräume in Hotels, Schießstände, Projektorte etc. sein*

**Bei ISO, bitte die Branche bzw. den Scope für den Standort angeben:**

[ ]  Datenverarbeitung (Scope 33)

[ ]  Dienstleistungen (Scope 35)

[ ]  Erziehungs- und Bildungswesen (Scope 37)

**Bei AZAV, bitte den zutreffenden fachlichen Geltungsbereich für den Standort angeben:**

[ ]  **FB 1**: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung

[ ]  **FB 2**: erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung

[ ]  **FB 3:** Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung

[ ]  **FB 4**: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung

[ ]  **FB 5:** Transferleistungen nach den §§ 110 und 111, SGB III

[ ]  **FB 6:** Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

**Anlagen für die Aufnahme von Standorten**:

[ ]  Grundriss des Standortes

[ ]  Digitale Fotos des Standortes

[ ]  Mietvertrag des Standortes bzw. Kooperationsvertrag

[ ]  ausgefüllte Checkliste zum Standort (s. Anlage)

**Der Träger versichert mit seiner Unterschrift, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und die gemeldeten Standorte:**

* dem zentralen Qualitätsmanagement sowie dem internen Auditprogramm nachweislich unterliegen,
* die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) sowie die mitgeltenden technischen Regeln für Arbeitsstätten (ASR) **nachweislich** eingehalten werden und
* die gesetzlichen Anforderungen bezüglich Ausstattung mit Lehr- und Lernmitteln und den aktuellen Anforderungen der Praxis eingehalten werden.

**,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Antragsteller |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schulungsräume***mindestens 2,5 m2 pro TN* | **i. O.** | **Angaben / Bemerkungen**  |
|  |  |
| Raum 1  |  | Größe     m2 |  |  |
| Anzahl Plätze:     |
| Raum 2 |  | Größe     m2 |  |  |
| Anzahl Plätze:     |
| Raum 3  |  | Größe     m2 |  |  |
| Anzahl Plätze:     |
| Anmerkung: *Tischbreite: min. 1,20 m (Einzelplatz) bzw. 1,60 m (Zweiertisch); Tischtiefe: min. 0,80 m. Tischhöhe min. 0,72 m***.** |  |  |
| **Ausstattung entspricht Arbeitsstättenverordnung?** |  |  |
|     ja    nein |  |  |  |
| **Multimediaausstattung***kann je nach Nutzungsabsicht abweichen* |  |  |
|  |  |
| Flipchart |  |  |
| Beamer, Projektions- und Visualisierungsflächen |  |  |
| Leinwand |  |  |
| Pinn-/Magnetwand |  |  |
| Sonstige Ausstattung |  |  |
| **Versorgungsmöglichkeiten***können z. B. über zentrale Flure erreichbar sein* |  |  |
| Küche/Kantine |  |  |
| Pausen-/Sozialraum | Größe     m2 |  |  |
| **Sanitäranlagen** | **i. O.** | **Angaben / Bemerkungen**  |
| Damen-/Herrentoilette, getrennt vorhanden    ja    nein |  |  |
| Ausreichende Anzahl (gemäß Arbeitsstättenverordnung)    ja    nein |  |  |
| **Sicherheitseinrichtungen** |  |  |
| Notausgang vorhanden?     |  |  |
| Feuerlöscher vorhanden?    |  |  |
| Notausgänge, Fluchtwege sind beschildert?     |  |  |
| Erste-Hilfe-Koffer vorhanden?   Ersthelfer benannt?     |  |  |

**Für Fachbereiche 3 und 6 nach AZAV werden noch folgende Angaben benötigt:**

|  |
| --- |
| **Fachbereich 3: Praxis- / Werkstatträume** |
| Werkstatträume vorhanden?    ja    neinAnzahl     |  |  |
| Für welche Maßnahme werden die Werkstatträume genutzt?    **(Detaillierte Beschreibung/Checkliste zur Ausstattung der Werkstatt beilegen)** |  |  |
| **Fachbereich 6:**  |
| Sind die Räume für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignet?**(Detaillierte Beschreibung/Checkliste beilegen)** |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bemerkungen** |  |  |
|  |  |  |