

Teilnehmeranmeldung zur Onlineschulung



Schulungsverpflichtendes Unternehmen:

Auftraggeber und Rechnungsadresse
falls abweichend:

Firma: _____

Firma: _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Zul.Nummer: _____

Bitte senden Sie diese Anmeldung an: sicherheit@blue-skye.de
oder per Fax an: 06145 - 5039 - 887

Schulungsteilnehmer:

(entweder bÜ oder ZÜP)

Anrede	Vorname	Name	Geburtsdatum	Schulungstyp **	bÜ-Ergebnis	bÜ*- Erstell-Datum	ZÜP*- Zustimmung erteilt am:	ZÜP*- Ablauf-Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* - bÜ = beschäftigungsbezogene Überprüfung / ZÜP = Zuverlässigkeitsüberprüfung gem. §7 LuftSIG

** - für die Schulung gemäß Kapitel 11.2.7 ist keine bÜ oder ZÜP notwendig

bÜ - Sind ausschließlich durch das schulungsverpflichtende Unternehmen durchzuführen !

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte(n) Person(en) die Schulung(en) in unseren Unternehmensräumlichkeiten absolvieren und während der Teilnahme an der/den Onlineschulungen, durch uns (beauftragte überprüfte und min. 11.2.3.9 geschulten Personen) einer stichprobenartigen unvorhersehbaren Identitätsprüfung (min. 1 Teilnehmer pro Schulungstag) unterzogen werden, diese Überprüfung wird dokumentiert. Ein Muster, zur eigenen Verwendung, für die Dokumentierung der Identitätsprüfung wird Ihnen auf der zweiten Seite dieser Anmeldung zur Verfügung gestellt.

Unterschrift des Sicherheitsbeauftragten
oder dessen beauftragte Person
(schulungsverpflichtendes Unternehmen): _____

Datum, Ort

Unterschrift (Auftraggeber)
falls abweichend

Identitätsprüfung Schulungsteilnehmer

Die Schulungen gemäß Kapitel 11.2.3.9 / 11.2.6 und Auffrischer der Sicherheitsbeauftragten können ausschließlich durch einem Reglementierten Beauftragten, Bekannten Versender, Reglementierten- oder Bekannten Lieferanten beantragt werden.

Die beschäftigungsbezogene Überprüfung (bÜ) ist nur von einem Sicherheitsbeauftragten (SiBa) oder einer vom SiBa beauftragten Person eines zugelassenen Unternehmens durchführbar.

Die Schulungsteilnehmer müssen während der Schulung gemäß dem Vermerk auf der ersten Seite einer Identitätsprüfung unterzogen werden. Dieses Formular kann als dokumentarischer Nachweis genutzt werden. Die Identitätsprüfung muss durch das schulungsverpflichtende Unternehmen erfolgen.

Prüfen der Identität der Schulungsteilnehmer während die Schulung absolviert wird

Name Teilnehmer:

Überprüft durch:

Datum / Uhrzeit:

Unterschrift: _____