azw
Wir bilden Gesundheit

Lichtbild bitte einkleben

STAMMDATENBLATT (Sonderausbildungen und Weiterbildungen Pflege)

NAME der AUSBILDUNG:_____

Sonderausbildung mit Taschengeld erwünscht: ☐ **ja** ☐ **nein**

Erforderliche Unterlagen:

- ✓ Diplom beglaubigte Kopie (für Personen, die im Dienstverhältnis mit der tilak stehen, genügt eine Kopie)
- ✓ Geburtsurkunde beglaubigte Kopie (für Personen, die im Dienstverhältnis mit der tilak stehen, genügt eine Kopie)
- ✓ Einzahlungsbeleg Inskriptionsgebühr Kopie oder Original
- ✓ Einzahlungsbeleg Selbstkostenanteil tilak-Personal Kopie oder Original
- ✓ Zeugnis 3. Ausbildungsjahr (betrifft BewerberInnen für Sonderausbildungen) Kopie
- ✓ Berufsanerkennung (betrifft Personen, die das Diplom im Ausland erworben haben)
- ✓ Empfehlungsschreiben der jeweiligen Schuldirektion, Pflegedirektion oder Stationsleitung (betrifft Personen mit Taschengeldmodell) Kopie

Titel: _____

Nachname: _____ **Vorname/n** (lt. Geburtsurkunde): _____

Geburtsname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Geburtsort: _____ **Geburtsland:** _____

Staatsbürgerschaft: _____ **Muttersprache:** _____

Versicherungsnummer: _____

Heimatadresse: **Hauptwohnsitz:** ☐ **ja** ☐ **nein**

PLZ: _____ **Ort:** _____

Straße: _____ **Staat:** _____

Zustelladresse: **Hauptwohnsitz:** ☐ **ja** ☐ **nein**

PLZ: _____ **Ort:** _____

Straße: _____ **Staat:** _____

EMail: _____ **Handynummer:** _____

azw
Wir bilden Gesundheit

Dienstgeber:

Krankenanstalt: _____ **Abteilung:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Straße: _____ **Telefon:** _____

E-Mail: _____

Die Rechnung ergeht an: (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ **Tilak GmbH** **Kostenstelle:** _____

☐ **Zustelladresse**

☐ **Dienstgeber**

Bankverbindung: (erforderlich bei Ausbildung mit Stipendium)

Bank: _____

BLZ: _____ **Kontonr.:** _____

Schulbildung:

von / bis	Schultyp	Schulabschluss

Das Diplom wurde erworben im Jahre _____ **in** _____

azw
Wir bilden Gesundheit

Beruflicher Werdegang:

Vor Diplomierung

von / bis	Tätigkeit / Funktion	Firma

Nach Diplomierung

von / bis	Tätigkeit / Funktion	Krankenanstalt / Fachabteilung

Alle hier gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden und zum Zweck meiner Ausbildung an Einrichtungen, an denen ich mein Praktikum versehe, übermittelt werden.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen in der derzeit gültigen Fassung gelesen und akzeptiere diese voll inhaltlich.

.....	.....	.....
(Unterschrift Antragsteller/in)	(Ort)	(Datum)