

Anmeldeformular

Anmeldung Ausbildung Pflegeassistenz - PA

Mehrfachbewerbungen sind nicht möglich. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Achtung: **Bitte beachten Sie den jeweiligen Anmeldeschluss!**

Start: 01.02.2027 (Anmeldung 20.07.2026 – 05.11.2026)

☐ **Ausbildung Pflegeassistenz – Ausbildungsort Hall**

Vollzeit, **13 Monate**

Foto

(bitte hier aufkleben)

Angaben zur Person [Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, -ort, -land	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer / Versicherungsanstalt oder Kasse	__ __ __ __ /
Heimatadresse	Hauptwohnsitz ☐ ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Zustelladresse (wenn von Heimatadresse abweichend)	Hauptwohnsitz ☐ ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Kontaktdaten	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	
Bankverbindung in Österreich	
Kontonummer, BLZ	
BIC	
IBAN	
Angaben zur finanziellen Unterstützung	
Förderstelle	☐ AMS ☐ AMG-Stiftung ☐ Fachkräftestipendium ☐ Bildungskarenz ☐ sonstige: _____

Angaben zur Ausbildung [Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Pflichtschule	von / bis	Jahre
Vorschule		
Volksschule		
Hauptschule		
Polytechnische Schule		
Lehre		
Berufsbezeichnung:	von / bis:	Jahre:
Lehrabschlussprüfung		
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
☐ abgebrochen		
Weiterführende Schule (ohne Matura)		
Bezeichnung (HBLA, HAS; etc.):	von / bis:	Jahre:
Abschluss		
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
☐ abgebrochen		
Weiterführende höhere Schule (mit Matura)		
Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)		
Bezeichnung:	von / bis:	Jahre:
Berufsbildende höhere Schule (BHS)		
Bezeichnung:	von / bis:	Jahre:
Reifeprüfung		
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Prüfungsdatum schriftlich:	
	Prüfungsdatum mündlich:	
☐ abgebrochen		
☐ Berufsreifeprüfung		
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
☐ Studienberechtigungsprüfung		
Fachrichtung:		
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
☐ Akademischer Abschluss		
Studienrichtung:	von / bis:	Jahre:
☐ abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
☐ abgebrochen		

1. Informationen zur Anmeldung

Unvollständige Bewerbungsunterlagen (fehlende Daten, fehlende Dokumente) werden nicht berücksichtigt!

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular, inklusive aufgeklebtes Foto (Seiten 1-4!)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde (Kopien)
- Polizeiliches Führungszeugnis (Original, nicht älter als 3 Monate zu Bewerbungstichtag)
- Abschlusszeugnis, welches zur Ausbildung berechtigt (Kopie)
- Sofern Ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist das Zwischenzeugnis in Kopie beizulegen
- tabellarischer Lebenslauf, **handgeschrieben** und persönlich unterschrieben
(mit Angaben zu persönlichen Daten, Schulbildung, zum beruflichen Werdegang bzw. zur beruflichen Weiterbildung)
- Bewerber:innen mit nichtdeutscher Muttersprache und nicht-österreichischer Matura: Nachweis Deutsch Level B1
- Kopie oder Bestätigung über die Einzahlung der Einschreibgebühr -- **Inskriptionsgebühr € 50,-**

Bankverbindung:

Empfänger: Tirol Kliniken GmbH Ibk-AZW
Kontonummer: 210 092 637
BLZ: 57000
Institut: Hypo Tirol Bank
IBAN: AT47 5700 0002 1009 2637
SWIFT/BIC: HYPTAT22
Verwendungszweck: IS-Pflege/ Pflege /47110/21310

Nach erfolgter Aufnahme:

- Schulabschlusszeugnis, welches zur Ausbildung berechtigt (beglaubigte Kopie)
- von einem Arzt vollständig ausgefüllte „Bestätigung über die gesundheitliche Eignung“ (Original, nicht älter als 3 Monate)
- Infektionsschutznachweis (Original)

Bitte geben Sie Ihre Anmeldeunterlagen persönlich im Schulbüro am AZW Innsbruck ab

oder senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an:

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe
der Tirol Kliniken GmbH
Schulbüro Pflege (z.Hd. Frau Glanz)
Innrain 98
6020 Innsbruck

Eine Bewerbung per Mail ist nicht möglich.

2. Bestätigung durch Bewerber:in

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben den Widerruf des Taschengeldes bzw. die Rückforderung eines bereits ausgezahlten Taschengeldbetrages nach sich ziehen kann.

Ich verpflichte mich, dem Schulbüro Pflege am entsprechenden Ausbildungsstandort unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalte oder ich den zugeteilten Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann bzw. ich nach Aufnahme-Entscheid auf meinen Ausbildungsplatz verzichte.

Ich stimme zu, dass meine Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und zum Zweck meiner Ausbildung auch an extramurale Einrichtungen, an denen ich mein Praktikum versehe, übermittelt werden.

Ich lege der Bewerbung keine Originaldokumente bei und bin damit einverstanden, dass die Bewerbungsunterlagen nicht retourniert werden.

Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datenschutz

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten daher ausschließlich auf Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen und Datenschutzvorschriften.

In unserer Datenschutzerklärung unter www.azw.ac.at -> Datenschutz informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung am AZW.

Datum

Unterschrift Bewerber:in