azw
Wir bilden Gesundheit

Foto

(bitte hier aufkleben)

Anmeldeformular

Anmeldung Ausbildung Zahnärztliche Assistenz
3 Jahre, berufsbegleitend

Standort Innsbruck (Anmeldung von 07.09.2026 bis 27.11.2026)
Beginn: 31.03.2027

1. Angaben zur Person

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Nachname	
Nachname lt. Geburtsurkunde	
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	
Dienstgeber:in	
Ordination	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

azw
Wir bilden Gesundheit

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)		
Allgemein bildende 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		

azw
Wir bilden Gesundheit

2. Informationen zur Anmeldung

Es werden nur vollständige Anmeldungen berücksichtigt. Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inklusive aufgeklebtes Foto (Original)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Abschlusszeugnisse, die zur Ausbildung berechtigen (Kopie)
- sofern Ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist das Zwischenzeugnis in Kopie beizulegen
- ausgefüllte Bestätigung über gesundheitliche Eignung durch die Hausärztin oder den Hausarzt (Original, nicht älter als 3 Monate)
- Nachweis eines Dienstverhältnisses (Kopie des Dienstvertrages inkl. Beginndatum und Wochenstunden)
- Evtl. Nachweis über Vordienstzeiten bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt (Kopie)
- Polizeiliches Führungszeugnis (Original, nicht älter als 3 Monate)
- ggf. Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde (Kopie)

Die Bewerbungsunterlagen werden nicht retourniert und vernichtet. Bitte keine Originaldokumente und ohne Bewerbungsmappe!

Bitte senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an folgende Adresse:
Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH
Schulbüro Zahnärztliche Assistenz
Innrain 98
6020 Innsbruck

3. Bestätigung durch Dienstgeber:in

Ich bin mit der Aufnahme meiner Assistenz in die Zahnärztliche Assistenz-Ausbildung einverstanden.

Datum

Unterschrift/Stempel Dienstgeber:in

4. Bestätigung durch Bewerber:in

Unvollständige Bewerbungsunterlagen (fehlende Daten, fehlende Dokumente) werden nicht berücksichtigt und zur Vervollständigung retourniert.

Ich verpflichte mich, dem Schulbüro der Zahnärztlichen Assistenz unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalte. Ich stimme zu, dass meine Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

5. 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