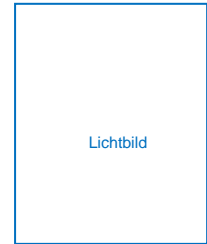


Anmeldung zur Ausbildung Dipl. Gesundheits- und Fitnesstrainer / E-Bike-Guide



- Vollzeitausbildung** **Berufsbegleitende Ausbildung**
 Inklusive E-Bike-Guide (bitte für beide Ausbildungsvarianten ankreuzen)

Ich bewerbe mich um die Aufnahme in das Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH.

Familienname	Vorname(n)
PLZ/Ort	Straße/HNr.
E-Mail	Telefonnummer
Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft

Zur Bewerbung sind folgende Unterlagen vorzulegen

- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Abschlusszeugnis der 9. Schulstufe oder der höchsten Ausbildungsstufe (Kopie)
- Medizinischer Beurteilungsbogen (Original, siehe Download im Infokasten)
- Polizeiliches Führungszeugnis (Original und nicht älter als drei Monate)
- Einzahlungsbeleg der Anmeldegebühr in der Höhe von 50,00 Euro

(Kontonummer AZW: Hypo Tirol Bank, IBAN: AT47 5700 0002 1009 2637, SWIFT/BIC: HYPTAT22
Verwendungszweck: KSt: 21450)

Es werden nur vollständige Bewerbungen angenommen.

Anmeldebestimmungen und Kündigungsrecht

Die Durchführung des Lehrganges wird über Lehrgangsgelder finanziert. Bei Anmeldeschluss entscheidet der Veranstalter, ob der Lehrgang durchgeführt werden kann oder nicht. Der Entscheid gründet auf der Anzahl der Anmeldungen. Die Entscheidung über die Aufnahme der Teilnehmer obliegt der fachspezifischen und organisatorischen Leitung. Die Ausbildungskosten werden zu Kursbeginn in Rechnung gestellt. Rückzug der Anmeldung vor dem Anmeldeschluss ist ohne Kostenfolge möglich (ausgenommen Anmeldegebühr). Bei Abmeldung nach der Aufnahmezusage werden zehn Prozent der Ausbildungsgebühr verrechnet. Bei Abmeldung während der laufenden Ausbildung wird das Ausbildungsgeld in voller Höhe in Rechnung gestellt, bereits bezahlte Ausbildungsgebühren werden nicht zurückerstattet. Eine Abmeldung von der Ausbildung hat schriftlich (per Einschreiben) zu erfolgen.

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.

Die hier gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort/Datum	Unterschrift des Bewerbers
-----------	----------------------------

Bewerbungen senden Sie bitte an

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe, Frau Lampacher Ursula, Innrain 98, A-6020 Innsbruck,
ursula.lampacher@azw.ac.at

