

## Anmeldung zur Basisausbildung für Gesundheitsberufe - Health Basics for Athletes



Ich bewerbe mich um die Aufnahme in die berufsbegleitende Basisausbildung Health Basics for Athletes am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH.

|               |             |
|---------------|-------------|
| Familienname  | Vorname     |
| Geburtsdatum  | Geburtsort  |
| PLZ/Ort       | Straße/Hnr. |
| Telefonnummer | E-Mail      |

### Zur Bewerbung sind folgende Unterlagen vorzulegen

- Pass/Personalausweis (Kopie)
- Foto (siehe Lichtbild)
- Zeugnisse, die zur Ausbildung berechtigen (mind. 9 positiv abgeschlossene Schuljahre) (Kopie)
- Einzahlungsbeleg über die Einzahlung der Kursgebühr in der Höhe von 175,00 Euro

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

**Es werden nur vollständige Bewerbungen angenommen.**

### Anmeldebestimmungen und Kündigungsrecht

Die Entscheidung über die Aufnahme der Teilnehmer obliegt der fachspezifischen und organisatorischen Leitung.

Sämtliche Unterlagen (Videos, Skripten) werden innerhalb von 7 Tagen nach Zahlungseingang für ein Jahr zum Download bereitgestellt. Die Prüfungen erfolgen sowohl online (Prüfungsgebühr € 10,00 pro Unterrichtsfach) als auch in Form von mündlichen Einzelprüfungen am AZW (Prüfungsgebühr € 30,00 pro Unterrichtsfach).

Eine Abmeldung von der Ausbildung kann jederzeit ohne Rückerstattung der Ausbildungskosten erfolgen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach erfolgreichem Abschluss der Basisausbildung ein zusätzliches Aufnahmeverfahren für weiterführende Ausbildungen im Bereich der Massage, Pflege und der Medizinischen Assistenzberufe zu absolvieren ist.

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](http://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 zum Zwecke der Aus- und Fortbildungen am AZW einverstanden. Ich bestätige zudem, dass eine Weitergabe, Kopie oder sonstige Nutzung der Videos, Unterlagen, Prüfungsfragen, etc. der Basisausbildung seitens des AZW nicht gestattet ist und zu (rechtlichen) Konsequenzen bis hin zur Einhebung von beträchtlichen Schadensbeiträgen führen kann.

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

### Bewerbungen senden Sie bitte an

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe, Frau Ursula Lampacher, Innrain 98, A-6020 Innsbruck,  
[ursula.lampacher@azw.ac.at](mailto:ursula.lampacher@azw.ac.at)



Wir bilden Gesundheit

**Persönliche Daten** (Bitte in Blockschrift)

|                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| Familienname                    | Geborene(r)                |
| Vorname(n) (lt. Geburtsurkunde) | Versicherungsnummer (TGKK) |
| Geburtsdatum                    | Geburtsort                 |
| Geburtsland                     | Staatsbürgerschaft         |

**Adresse des Hauptwohnsitzes**

|               |              |       |
|---------------|--------------|-------|
| Straße/Nummer | Postleitzahl | Ort   |
| Bundesland    | Telefon      | Email |

**Adresse des Nebenwohnsitzes**

|               |              |       |
|---------------|--------------|-------|
| Straße/Nummer | Postleitzahl | Ort   |
| Bundesland    | Telefon      | Email |

**Schulbildung**

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| Volksschule                      | Jahre                  |
| Hauptschule/Unterstufengymnasium | Jahre                  |
| Polytechnischer Lehrgang         | Jahre                  |
| Sonstiges                        | Jahre                  |
| Matura                           | Datum der Reifeprüfung |

**Bereits abgeschlossene Berufsausbildung**

|              |       |     |
|--------------|-------|-----|
| Fachrichtung | Dauer | Ort |

**Bisheriger Berufsweg**

|           |           |       |
|-----------|-----------|-------|
| von - bis | Tätigkeit | Firma |
| von - bis | Tätigkeit | Firma |
| von - bis | Tätigkeit | Firma |
| von - bis | Tätigkeit | Firma |