



Anmeldeformular

Anmeldung Ausbildung Ordinationsassistentenz

Standort Innsbruck (Anmeldung von 01.09.2023 bis 12.01.2024. Die Vergabe der Ausbildungsplätze erfolgt nach Einlangen der Bewerbung.)

- Ausbildung Berufsbegleitend – mit aufrechtem Dienstverhältnis (duale Ausbildung)**
 Basismodul: 07.02.2024 bis 13.04.2024
 Aufbaumodul: 17.04.2024 bis 28.02.2025, Theorie und Praktikum
(Nachweis eines bestehenden Dienstverhältnisses und Einverständniserklärung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers muss erbracht werden)
- Ausbildung Berufsbegleitend – ohne aufrechtes Dienstverhältnis**
 Basismodul: 07.02.2024 bis 13.04.2024
 Aufbaumodul: 17.04.2024 bis 28.02.2025, Theorie
 Abschluss nach Absolvierung des Praktikums von 325 Stunden

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

Nachname	
Nachname lt. Geburtsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, -ort, -land	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer	__ __ __ __ /
Heimatadresse	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Adressen auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Zustelladresse <small>(wenn von Heimatadresse abweichend)</small>	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Adressen auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Kontaktdaten	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	

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

Pflichtschule		von / bis	Jahre
Vorschule			
Volksschule			
Hauptschule/Mittelschule/Unterstufengymnasium			
Absolvierung 9. Schulstufe			
Lehre			
Berufsbezeichnung:		von / bis:	Jahre:
Lehrabschlussprüfung			
<input type="checkbox"/> abgeschlossen		Prüfungsdatum:	
Weiterführende Schule (ohne Matura)			
Bezeichnung (HBLA, HAS; etc.):		von / bis:	Jahre:
Abschluss			
<input type="checkbox"/> abgeschlossen		Prüfungsdatum:	
Weiterführende höhere Schule (mit Matura)			
AHS oder BHS			
Bezeichnung:		von / bis:	Jahre:
Reifeprüfung			
<input type="checkbox"/> abgeschlossen		Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Akademischer Abschluss			
Studienrichtung:		von / bis:	Jahre:
<input type="checkbox"/> abgeschlossen		Prüfungsdatum:	

Bisherige berufliche Tätigkeiten		
Von / bis	Tätigkeit	Firma

2. Informationen zur Anmeldung

Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inklusive aufgeklebtes Foto
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Abschlusszeugnisse, die zur Ausbildung berechtigen (Kopie)
- sofern Ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist das Zwischenzeugnis in Kopie beizulegen
- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (Original, nicht älter als 3 Monate) – siehe Download auf der azw-Homepage
- **Einverständniserklärung der Dienstgeberin/des Dienstgebers bei dualer Ausbildung**
- Kopie oder Bestätigung über die Einzahlung der Einschreibegebühr
Inskriptionsgebühr **€ 50,00**

Bankverbindung: Institut: Hypo Tirol Bank
IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637
SWIFT/BIC: HYPTAT22
Verwendungszweck: IS-MAB/47110/21320

Nach erfolgter Aufnahme:

- Polizeiliches Führungszeugnis (Original, nicht älter als 3 Monate)

Wir bitten Sie, die Bewerbung ohne Bewerbungsmappe zu senden. Die Bewerbungsunterlagen werden von uns nicht retourniert. Unvollständige Bewerbungsunterlagen (fehlende Daten, fehlende Dokumente) werden nicht berücksichtigt.

Bitte senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an folgende Adresse:

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH
Schulbüro für medizinische Assistenzberufe
6020 Innsbruck, Innrain 98

3. Datenschutz im azw

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.

4. Bestätigung durch die Bewerberin / den Bewerber:

Ich verpflichte mich, dem Schulbüro der med. Assistenzberufe unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalten 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 bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum

Unterschrift Bewerber:in