

Anmeldeformular

WEITERBILDUNG _____

(bitte Name der Weiterbildung anführen)

Foto

(bitte hier aufkleben)

1. Angaben zur Person

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

| | |
|--|---|
| Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde | |
| Vorname(n) lt. Geburtsurkunde | |
| Akademischer Titel | |
| Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Staatsbürgerschaft | |
| SV-Nummer / Versicherung | |
| Muttersprache | |
| Heimatadresse | Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen) |
| Straße, Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Bundesland | |
| Land | |
| Zustelladresse (wenn von Heimatadresse abweichend) | Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen) |
| Straße, Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Bundesland | |
| Land | |
| Kontaktdaten | |
| E-Mail | |
| Festnetznummer | |
| Handynummer | |
| Ich habe seit mindestens 4 Jahren meinen Hauptwohnsitz in Tirol. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in _____ (anderes Bundesland / Staat) |

2. Angaben zur Ausbildung / Berufsausbildung

Informationen dazu auch unter www.azw.ac.at

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

| | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung | |
| Institution | |
| Fachrichtung | |
| Abschluss | |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossen | Diplomierungsdatum: |
| <input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn | Voraussichtliches Abschlussdatum: |
| <input type="checkbox"/> andere Ausbildung | |
| Institution | |
| Bildungsabschluss | |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossen | Prüfungsdatum: |
| <input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn | Voraussichtliches Abschlussdatum: |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

3. Berufserfahrungen in der Pflege

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen]

| Zeitraum | von - bis | Arbeitgeber | Funktion |
|----------|-----------|-------------|----------|
| | | | |

4. Informationen zur Anmeldung

Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- GuKP-Diplom (Kopie)
- Berufsausweises (Gesundheitsregister, Kopie)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- ggf. Heiratsurkunde (Kopie)
- Einzahlungsbeleg Inskriptionsgebühr € 70,- (Kopie)
Bankverbindung: BLZ 57000 Hypo Tirol Bank; IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637; SWIFT/BIC: HYPTAT2; Verwendungszweck IS-SAB/WB/47110/21312
- Einzahlungsbeleg Selbstkostenanteil € 50,-NUR, tirol-kliniken Personal (Kopie)
Bankverbindung: BLZ 57000 Hypo Tirol Bank; IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637; SWIFT/BIC: HYPTAT2; Verwendungszweck IS-SAB/WB/47110/21312
- Infektionsschutzanforderung (plus Impfpass und Titerbestimmung, Kopie) – gilt nicht für Tirol Kliniken MitarbeiterInnen
- Berufsankennung (betrifft nur Nicht-EU/EWR-Bürger)

5. Dienstgeber

Krankenanstalt: _____ Abteilung: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Email: _____

Die Rechnung der Lehrgangsgebühr ergeht an: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Tirol Kliniken GmbH Kostenstelle: _____
- Zustelladresse TeilnehmerIn
- Dienstgeber

Genauere Rechnungsanschrift:

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

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH
Sekretariat Sonderaus- und Weiterbildungen
Innrain 98, 6020 Innsbruck

6. Bestätigung durch BewerberIn

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

Ich werde das Sekretariat Sonderaus- und Weiterbildungen **unverzüglich schriftlich informieren**, wenn ich **meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalte** bzw. nach Aufnahme-Entscheid auf meinen **Ausbildungsplatz verzichte**.

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 unseren Datenschutzerklärungen informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung am AZW und an der fh gesundheit. Diese sind in der Rubrik Datenschutz auf unserer Homepage www.azw.ac.at und www.fhg-tirol.ac.at einsehbar.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und erkläre mich mit obigen Punkten, der Aufnahmeordnung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des AZW (siehe auch www.azw.ac.at) bzw. der fh gesundheit (siehe auch www.fhg-tirol.ac.at) und der Datenschutzerklärung einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift BewerberIn