

## Anmeldeformular

### Aufschulung von der Pflegeassistenz oder Pflegefachassistenz zum Diplom in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, AGPV

Mehrfachbewerbungen sind nicht möglich. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Achtung: **Bitte beachten Sie den jeweiligen Anmeldeschluss!**

**Ausbildung PA -> AGP – Ausbildungsort Hall in Tirol**

**Start: 18.11.2024** (Anmeldung laufend – 31.03.2024)

Vollzeit, 24 Monate

**Ausbildung PFA -> AGP – Ausbildungsort Hall in Tirol**

**Start: 07.07.2025** (Anmeldung laufend – 31.10.2024)

Vollzeit, 17 Monate

Änderungen  
vorbehalten!

Foto

(bitte hier aufkleben)

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

Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, -ort, -land	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer / Versicherungsanstalt oder Kasse	___ /
<b>Heimatadresse</b>	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
<b>Zustelladresse</b> <small>(wenn von Heimatadresse abweichend)</small>	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
<b>Kontaktdaten</b>	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	
<b>Bankverbindung</b>	
Kontonummer, BLZ	
BIC	
IBAN	
<b>Angaben zur finanziellen Unterstützung</b>	
Förderstelle	<input type="checkbox"/> AMS <input type="checkbox"/> AMG-Stiftung <input type="checkbox"/> Fachkräftestipendium <input type="checkbox"/> Bildungskarenz <input type="checkbox"/> sonstige: _____

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

<b>Pflichtschule</b>	<b>von / bis</b>	<b>Jahre</b>
Vorschule		
Volksschule		
Hauptschule		
Polytechnische Schule		
<b>Lehre</b>		
Berufsbezeichnung:	von / bis:	Jahre:
<b>Lehrabschlussprüfung</b>		
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
<input type="checkbox"/> abgebrochen		
<b>Weiterführende Schule (ohne Matura)</b>		
Bezeichnung (HBLA, HAS; ect.):	von / bis:	Jahre:
<b>Abschluss</b>		
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
<input type="checkbox"/> abgebrochen		
<b>Weiterführende höhere Schule (mit Matura)</b>		
<b>Allgemein bildende höhere Schule (AHS)</b>		
Bezeichnung:	von / bis:	Jahre:
<b>Berufsbildende höhere Schule (BHS)</b>		
Bezeichnung:	von / bis:	Jahre:
<b>Reifeprüfung</b>		
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Prüfungsdatum schriftlich:	
	Prüfungsdatum mündlich:	
<input type="checkbox"/> abgebrochen		
<input type="checkbox"/> <b>Berufsreifeprüfung</b>		
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
<input type="checkbox"/> <b>Studienberechtigungsprüfung</b>		
Fachrichtung:		
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
<input type="checkbox"/> <b>Akademischer Abschluss</b>		
Studienrichtung:	von / bis:	Jahre:
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Ausbildungsbeginn	Abschlussdatum:	
<input type="checkbox"/> abgebrochen		
<input type="checkbox"/> <b>Pflegehilfeausbildung/Pflegeassistentenausbildung – Pflegefachassistentenausbildung</b>		
Bezeichnung:	von / bis:	Jahre:

## 1. Informationen zur Anmeldung

**Unvollständige Bewerbungsunterlagen (fehlende Daten, fehlende Dokumente) werden nicht berücksichtigt!**

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular, inklusive aufgeklebtes Foto (Seiten 1-3!)
- Von einem Arzt vollständig ausgefüllte „Bestätigung über die gesundheitliche Eignung“ (Original, nicht älter als 3 Monate)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde (Kopien)
- Abschlusszeugnis, welches zur Ausbildung berechtigt (Kopie)
- Sofern Ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist das Zwischenzeugnis in Kopie beizulegen
- tabellarischer Lebenslauf, **handgeschrieben** und persönlich unterschrieben  
(mit Angaben zu persönlichen Daten, Schulbildung, zum beruflichen Werdegang bzw. zur beruflichen Weiterbildung)
- Bewerber:innen mit nichtdeutscher Muttersprache und nicht-österreichischer Matura: Nachweis Deutsch Level B2
- Kopie oder Bestätigung über die Einzahlung der Einschreibgebühr -- **Inskriptionsgebühr € 50,-**

**Bankverbindung:**

Kontonummer AZW: 210 092 637, BLZ 57000, Institut: Hypo Tirol Bank  
IBAN: AT47 5700 0002 1009 2637  
SWIFT/BIC: HYPTAT22  
Verwendungszweck: IS-Pflege/ Pflege /47110/21310

**Nach erfolgter Aufnahme:**

- Polizeiliches Führungszeugnis (Original, nicht älter als 3 Monate zu Ausbildungsbeginn)
- Schulabschlusszeugnis, welches zur Ausbildung berechtigt (beglaubigte Kopie)
- Infektionsschutznachweis (Original)

**Bitte senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an:**

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe  
der Tirol Kliniken GmbH  
Schulbüro Pflege (z.Hd. Frau Glanz)  
Innrain 98  
6020 Innsbruck

## 2. Bestätigung durch Bewerber:in

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben den Widerruf bzw. die Rückforderung eines bereits ausgezahlten Ausbildungsbeitrages nach sich ziehen kann.

Ich verpflichte mich, dem Schulbüro Pflege am entsprechenden Ausbildungsstandort unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalte oder ich den zugeteilten Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen 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 lege der Bewerbung keine Originaldokumente bei und bin damit einverstanden, dass die Bewerbungsunterlagen nicht retourniert werden.

Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass dies der letzte Ausbildungszyklus in der Diplomausbildung allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege ist und daher keine Wiederholung eines Ausbildungsjahres oder eine Ausbildungsunterbrechung möglich ist.

### **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](http://www.azw.ac.at) -> Datenschutz informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung am AZW.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber:in