

Anmeldeformular

Anmeldung für die Ausbildung Medizinische Masseure

- Vollzeitausbildung
- Berufsbegleitende Ausbildung



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
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer / Versicherungsanstalt oder Kasse	___ /
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	Einladung zum Aufnahmeverfahren erfolgt per Email
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	

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

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

Motivation zur Wahl der Ausbildung
(Ich habe diese Ausbildung gewählt, weil...)

3. Informationen zur Anmeldung

Es werden nur **vollständige Anmeldungen** berücksichtigt, die **fristgerecht in Papierform vorliegen**.
Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- vollständig ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inklusive aufgeklebtes Foto
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschreiben
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Abschlusszeugnis der 9. Schulstufe oder der höchsten Ausbildungsstufe (Kopie)
- sofern Ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist das Zwischenzeugnis in Kopie beizulegen
- vom Hausarzt ausgefüllte Bestätigung über gesundheitliche Eignung (Original, nicht älter als 3 Monate)
- Polizeiliches Führungszeugnis (Original, nicht älter als 3 Monate)
- ggf. Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde (Kopie)
- Einzahlungsbeleg der Anmeldegebühr in der Höhe von € 50,00

(Kontonummer AZW: 210 092 637, BLZ 57000 Hypo Tirol Bank, IBAN: AT47 5700 0002 1009 2637, SWIFT/BIC: HYPTAT22
Verwendungszweck: Kst: 21460, Anmeldung Ausbildungszentrum für Massage und Rehabilitation)

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

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe; zH Frau Katharina Niederwanger, Innrain 98, A-6020 Innsbruck,
Email: katharina.niederwanger@azw.ac.at

4. Bestätigung durch die/den BewerberIn

Ich verpflichte mich, dem azw **unverzüglich schriftlich mitzuteilen**, wenn ich meine **Bewerbung nicht mehr aufrecht halte**, den **zugewiesenen Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann** oder nach **Aufnahme-Entscheid auf meinen Ausbildungsplatz verzichte**.

Meine Daten werden für Zwecke der Administration elektronisch verarbeitet und gespeichert. Ich bestätige, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

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.

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit obigen Punkten, der Aufnahmeordnung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des azw (siehe auch azw.ac.at \ Service \ Downloadcenter) einverstanden.

Datum

Unterschrift Bewerber:in