

Ansuchen um Zulassung zur Nostrifikation / Anerkennung

Standort Innsbruck - Anmeldung laufend

- Diplomausbildung allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Ausbildung zur Pflegeassistenz
- Ausbildung zur Pflegefachassistenz
- Ausbildung zur Heimhilfe

Standort Hall - Anmeldung laufend

- Diplomausbildung allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Ausbildung zur Pflegeassistenz
- Ausbildung zur Pflegefachassistenz

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, -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 Adressen auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Zustelladresse (wenn von Heimatadresse abweichend)	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Adressen auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Kontaktdaten	
E-Mail	
Handynummer, Festnetznummer	
Bankverbindung	
Kontonummer, BLZ	
BIC	
IBAN	
Diplomdaten	
Bescheidnummer	
Diplomdatum	
Diplomort	

Derzeitige Dienststelle	
Dienstgeber:in	
Dienstgeber:innenadresse	
Beschäftigt seit:	
Sollten Sie derzeit keine Dienststelle haben, bitte geben Sie an, wo Sie versichert sind	
<input type="checkbox"/> Arbeitsmarktservice	<input type="checkbox"/> andere

2. Informationen zur Anmeldung

Es werden nur vollständige Anmeldungen berücksichtigt. Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- ausgefülltes, unterschriebenes Ansuchen / Stammdatenblatt inklusive aufgeklebtes Foto
- tabellarischer Lebenslauf, handgeschrieben und persönlich unterschrieben (mit Angaben zu persönlichen Daten, Schulbildung, zum beruflichen Werdegang bzw. zur beruflichen Weiterbildung)
- Bescheid – ORIGINAL
- unterzeichnete Bestätigung bzgl. Nostrifikations-/ Anerkennungsverfahren (Formular zum Download auf der Homepage – s. Infokasten)
- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (Formular zum Download auf der Homepage – s. Infokasten)
- Infektionsschutznachweis (Original - Formular zum Download auf der Homepage, s. Infokasten) **(nur erforderlich, wenn gemäß Bescheid Praktika zu absolvieren sind)**
- Aufenthaltsgenehmigung – kopiert und beglaubigt
- Pass – kopiert und beglaubigt
- Meldezettel – Kopie
- Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde (Kopien)
- Versicherungsnachweis (sollten Sie bis zum Ausbildungsbeginn in keinem Dienstverhältnis stehen, ist nach erfolgter Aufnahme ein Versicherungsnachweis zu erbringen)
- Einzahlungsbeleg Inskriptionsgebühr € 50,00

Bankverbindung:

Kontonummer AZW: 210 092 637, BLZ 57000, Institut: Hypo Tirol Bank,

IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637, SWIFT/BIC: HYPTAT22

Verwendungszweck: IS-NO / 47110 / 21310

Nach erfolgter Aufnahme:

- Versicherungsnachweis/ Bestätigung über Mitversicherung

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

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH, zH Simone Fleischmann

Innrain 98, 6020 Innsbruck

3. Bestätigung durch Bewerber:in

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

Ich verpflichte mich, dem oder der zuständigen Mitarbeiter:in des Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH 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 versee, übermittelt werden.

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

Datum

Unterschrift Bewerber:in