

## Anmeldeformular

Anmeldung Ausbildung Operationstechnische Assistenz -  
Aufschulung für Operationsassistentinnen und -assistenten

Standort Innsbruck

- Ausbildung berufsbegleitend  
ab dem 2. Ausbildungsjahr von 18.09.2023 bis 14.09.2025



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

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

## 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; etc.):	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		

## 2. Informationen zur Anmeldung

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

- ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inklusive aufgeklebtes Foto
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben (mit Angaben zu persönlichen Daten, Schulbildung, zum beruflichen Werdegang bzw. zur beruflichen Weiterbildung)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Zeugnis OP-Assistenz (Kopie)
- Kopie oder Bestätigung über die Einzahlung der Einschreibgebühr  
Inskriptionsgebühr **€ 50,00**

**Bankverbindung:**

Institut: Hypo Tirol Bank

IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637

SWIFT/BIC: HYPTAT22

Verwendungszweck: IS-MAB/47110/21320

Bitte verwenden Sie keine Bewerbungsmappen. Die Bewerbungsunterlagen werden nicht retourniert!

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

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

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

### 4. Bestätigung durch Bewerber/in

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

Ich verpflichte mich, dem Schulbüro der med. Assistenzberufe 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 bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

---

Datum

---

Unterschrift Bewerber/in