


ANMELDEFORMULAR

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Ausbildung für den jeweiligen Standort an:

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <u>KUFSTEIN:</u> | |  FOTO |
| <input type="radio"/> | Heimhilfe | |
| <input type="radio"/> | Pflegeassistenz | |
| <input type="radio"/> | Pflegefachassistenz | |
| <input type="radio"/> | Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege | |
| <input type="radio"/> | Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege | |
| <u>ST.JOHANN in TIROL:</u> | | |
| <input type="radio"/> | Heimhilfe | |
| <input type="radio"/> | Pflegeassistenz | |
| <input type="radio"/> | Pflegefachassistenz | |
| <input type="radio"/> | Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege | |
| <input type="radio"/> | Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (ab 2020 möglich) | |

Angaben zur Person (Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen sowie zutreffendes ankreuzen)

| | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| Nachname lt. Geburtsurkunde: | | geborene: | |
| Vorname lt. Geburtsurkunde: | | Akademischer Titel: | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Geburtsort: | | Alter: | |
| Geschlecht: | <input type="radio"/> männlich | <input type="radio"/> weiblich | |
| PLZ, Wohnort, Anschrift: | | | |
| Telefonnummer: | / | E-Mail: | |
| Familienstand: | <input type="radio"/> ledig | <input type="radio"/> verheiratet | <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet |
| Staatsbürgerschaft: | | | |
| Krankenkassa: | | SV-Nr.: | |
| Status: | <input type="radio"/> selbst versichert | <input type="radio"/> mitversichert | |

Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen)

| | | | |
|--------------------------|---|---------------|--|
| Nachname: | | | |
| Vorname: | | | |
| PLZ, Wohnort, Anschrift: | | SV-Nr.: | |
| Telefonnummer: | / | Geburtsdatum: | |

Ich bin mit der Bewerbung meiner Tochter/ meines Sohnes einverstanden.

 Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Für die Anmeldung sind folgende Unterlagen erforderlich:

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular | |
| <input type="checkbox"/> | Staatsbürgerschaftsnachweis | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Geburtsurkunde | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Bestätigung über die gesundheitliche Eignung | nicht älter als 6 Monate zum Anmeldeschluss |
| <input type="checkbox"/> | Strafregisterauszug im Original | nicht älter als 3 Monate zum Anmeldeschluss |
| <input type="checkbox"/> | Lebenslauf | |
| <input type="checkbox"/> | Schulabschlusszeugnisse | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | 1 separates Lichtbild | |
| <input type="checkbox"/> | Einzahlungsbestätigung (Einschreibgebühr) | |

Vorbildung

| Schule | Besuchsdauer | Anzahl der positiv abgeschlossenen Schuljahre |
|-----------------------|------------------------------|---|
| Volksschule | von bis | |
| Hauptschule | von bis | |
| Neue Mittelschule | von bis | |
| Polytechnische Schule | von bis | |
| Gymnasium | von bis | |
| HLW | von bis | |
| Andere Schule: | von bis | |
| | | |
| | | |

Bereits abgeschlossene Berufsausbildung(en)

| Fachrichtung | Dauer | Ort der Ausbildung |
|--------------|-------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Bisheriger Berufsweg

| Firma | Tätigkeit | Dauer |
|-------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Ausbildung in Gesundheitsberufen

| Firma | Tätigkeit | Dauer |
|-------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Angehörige

| | | |
|------------------------------|--|---------|
| Ehemann/frau: | | |
| Nachname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Vorname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Geburtsdatum: | | SV-Nr.: |
| Krankenkassa: | | |
| PLZ, Wohnort, Anschrift: | | |
| Telefonnummer: | | |

| | | |
|------------------------------|--|---------|
| Kind: | | |
| Nachname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Vorname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Geburtsdatum: | | SV-Nr.: |
| Krankenkassa: | | |
| PLZ, Wohnort, Anschrift: | | |

| | | |
|------------------------------|--|---------|
| Kind: | | |
| Nachname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Vorname lt. Geburtsurkunde: | | |
| Geburtsdatum: | | SV-Nr.: |
| Krankenkassa: | | |
| PLZ, Wohnort, Anschrift: | | |

Bankverbindung

| Bankinstitut | IBAN | BIC |
|--------------|------|-----|
| | | |

| | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| ICH BENÖTIGE EINE UNTERKUNFT | |
| <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |

| FRAGEN an die Schulleitung |
|----------------------------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

A.ö. BEZIRKSKRANKENHAUS Kufstein
Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kufstein und St. Johann in Tirol
6330 Kufstein, Endach 27
Tel. 05372/ 6966 - 1401
E-Mail: gukps@bkh-kufstein.at



Bestätigung durch Bewerber/in

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

Ich verpflichte mich dem Service Center der Schule, unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrecht erhalte oder ich den zugeteilten Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann bzw. ich nach Aufnahmeentscheidung auf meinen Ausbildungsplatz verzichte.

Ich stimme zu, dass meine Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und zum Zweck meiner Ausbildung (Praktika) auch an externe Einrichtungen übermittelt werden.

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

Ich bestätige, dass alle hier gemachten 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 Bestimmungen und Datenschutzvorschriften.

Wir informieren Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung unter:

<http://www.bkh-kufstein.at/de/aufklaerung-datenschutz.html>

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in