

ANMELDEFORMULAR

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

<p><u>KUFSTEIN:</u></p> <p><input type="radio"/> Pflegeassistenz</p> <p><input type="radio"/> Pflegefachassistenz</p> <p><input type="radio"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege</p> <p><input type="radio"/> Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege</p> <p><u>ST.JOHANN in TIROL:</u></p> <p><input type="radio"/> Pflegeassistenz</p> <p><input type="radio"/> Pflegefachassistenz</p> <p><input type="radio"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege</p> <p><input type="radio"/> Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (ab 2020 möglich)</p>	<div style="border: 2px solid #00A651; border-radius: 20px; width: 150px; height: 150px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">FOTO</p> </div>
--	--

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