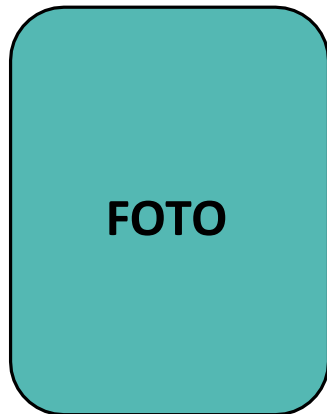


ANMELDEFORMULAR

Pflegefachassistentenausbildung in Vollzeit | Oktober 2026

- Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr der
 Pflegefachassistentenausbildung in Vollzeit | Oktober 2026
- Pflegeassistentenausbildung in Vollzeit | Dezember 2026



ANGABEN ZUR PERSON - Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen sowie zutreffendes ankreuzen

Akademischer Titel:			
Nachname:		geborene:	
Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Geburtsort:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
PLZ, Wohnort, Anschrift:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsbürgerschaft:			
Krankenkasse:			
SV-Nr.:			

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"/>	Infektionsschutznachweis	nicht älter als 6 Monate zum Anmeldeschluss
<input type="checkbox"/>	Kopie des Impfpasses	
<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"/>	Einzahlungsbestätigung (Einschreibgebühr)	AT69 2050 6000 0000 4804 (€ 33 : Stand 11/2025)
<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsbewilligung	bei NICHT EU oder EWR- Bürger:innen

VORBILDUNG

Schule	Besuchsdauer	Anzahl der positiv abgeschlossenen Schuljahre
Volksschule	von bis	
Hauptschule	von bis	
Mittelschule	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

BANKVERBINDUNG

Bankinstitut	IBAN	BIC

PARKGENEHMIGUNG (kostenpflichtig monatlich € 15,34 : Stand 11/2025)

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja - Angabe von KFZ-Kennzeichen:
--------------------------	------	--------------------------	----------------------------------

FRAGEN AN DIE SCHULLEITUNG

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

A.ö. BEZIRKSKRANKENHAUS Kufstein
Pflege Campus Kufstein
Endach 27a, 6330 Kufstein
Tel. 05372/ 6966 - 1401
E-Mail: office@pflegecampus.at



Bestätigung durch Bewerber/in - Name:

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben dem Widerruf des Ausbildungsbeitrages bzw. die Rückforderung eines bereits ausgezahlten Ausbildungsbeitrages 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 (außer ausdrücklich gefordert) 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