

ANMELDEFORMULAR

- Familienfreundliche Ausbildung von der Pflegeassistentin zur Pflegefachassistentin | April 2026
- Pflegefachassistentenausbildung in Vollzeit | Oktober 2026
- Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr der Pflegefachassistenten ausbildung in Vollzeit | Oktober 2026
- Pflegeassistenten ausbildung in Vollzeit | Dezember 2026

FOTO

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
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 checked="" type="checkbox"/>	Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular	
<input checked="" type="checkbox"/>	Staatsbürgerschaftsnachweis	Kopie
<input checked="" type="checkbox"/>	Geburtsurkunde	Kopie
<input checked="" type="checkbox"/>	Bestätigung über die gesundheitliche Eignung	nicht älter als 6 Monate zum Anmeldeschluss
<input checked="" type="checkbox"/>	Infektionsschutznachweis	nicht älter als 6 Monate zum Anmeldeschluss
<input checked="" type="checkbox"/>	Kopie des Impfpasses	
<input checked="" type="checkbox"/>	Strafregisterauszug im Original	nicht älter als 3 Monate zum Anmeldeschluss
<input checked="" type="checkbox"/>	Lebenslauf	
<input checked="" type="checkbox"/>	Schulabschlusszeugnisse	Kopie
<input checked="" type="checkbox"/>	Einzahlungsbestätigung (Einschreibgebühr)	AT69 2050 6000 0000 4804 (€ 33 : Stand 11/2025)
<input checked="" type="checkbox"/>	Beschäftigungsbewilligung	bei NICHT EU oder EWR- Bürger:innen

VORBILDUNG

Schule	Besuchsdauer		Anzahl der positiv abgeschlossenen Schuljahre
	von bis		
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 BERUFAUSBILDUNG(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 SCHULEITUNG

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