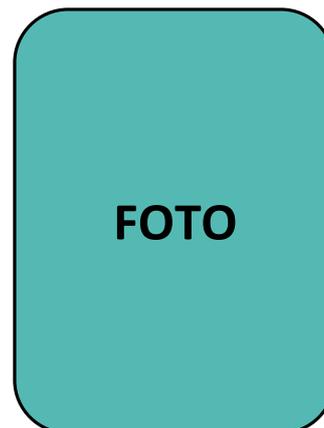


## ANMELDEFORMULAR - AUSBILDUNGEN

- Pflegeassistenzausbildung**  
 Vollzeit       familienfreundlich
  
- Pflegefachassistenzausbildung**
  
- Einstieg ins 2. Abj. der Pflegefachassistenzausbildung**  
 Vollzeit       familienfreundlich
  
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege**



### ANGABEN ZUR PERSON - Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen sowie zutreffendes ankreuzen

Nachname:		geborene:	
Vorname:		Akademischer Titel:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Geburtsort:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<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:			
Krankenkassa:		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"/>	Strafregisterauszug im Original	nicht älter als 3 Monate zum Anmeldeschluss
<input type="checkbox"/>	Lebenslauf	
<input type="checkbox"/>	Schulabschlusszeugnisse	Kopie
<input type="checkbox"/>	1 Passfoto	
<input type="checkbox"/>	Einzahlungsbestätigung (Einschreibgebühr)	

**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

**WIE BIN ICH AUF DIE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGESCHULE  
AUFMERKSAM GEWORDEN?**

<input type="checkbox"/>	Informationsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	Freunde, Bekannte
<input type="checkbox"/>	Social Media (Facebook, Instagram, usw.)	<input type="checkbox"/>	Zeitungsartikel

**FRAGEN AN DIE SCHULLEITUNG**

--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

## 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