

Anmeldeformular

Lehrgang zur Weiterbildung gemäß § 9 FHG Weiterbildung gemäß § 64 GuKG

CAS-Lehrgang in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege/
Weiterbildung „Pflege in der Psychiatrie“ (BERUFSBEGLEITEND, 30 ECTS)

Foto

(bitte hier aufkleben)

1. Angaben zur Person

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer / Versicherung	
Muttersprache	
Heimatadresse	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Zustelladresse (wenn von Heimatadresse abweichend)	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Kontaktdaten	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	
Ich habe seit mindestens 4 Jahren meinen Hauptwohnsitz in Tirol.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in _____ (anderes Bundesland / Staat)

Berufstätigkeit (aktuell)	Bezeichnung der Tätigkeit [bitte angeben]
Angabe gemäß BIS-Datenbankschnittstelle/BIS-Verordnung 5/2004	Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet mit facheinschlägiger Berufserfahrung <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet sonstige: <input type="checkbox"/> Vollzeit facheinschlägig berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit facheinschlägig berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit nicht facheinschlägig berufstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit nicht facheinschlägig berufstätig

2. Angaben zur Ausbildung / Berufsausbildung

Informationen dazu auch unter www.fhg-tirol.ac.at

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	
Institution	
Fachrichtung	
Abschluss	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Voraussichtliches Abschlussdatum:
<input type="checkbox"/> andere Ausbildung	
Institution	
Bildungsabschluss	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Voraussichtliches Abschlussdatum:
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

3. Berufserfahrungen in der Pflege

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen]

Zeitraum	von - bis	Arbeitgeber:in	Funktion

4. Informationen zur Anmeldung

Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:

- Anmeldeformular inkl. aufgeklebtem Foto, vollständig ausgefüllt und unterschrieben
 - Antrag Taschengeld (falls gewünscht)
 - Formular Infektionsschutzanforderung – gilt NICHT für Tirol Kliniken Mitarbeiter:innen
 - Tabellarischer Lebenslauf, unterschrieben
 - Geburtsurkunde (Kopie)
 - Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie) bzw. bei nicht-österreichischen Bewerberinnen oder Bewerbern eine Kopie des Reisepasses oder Personalausweises
 - ggfls. Heiratsurkunde (Kopie)
 - Zeugnis des höchsten Schulabschlusses z.B. Maturazeugnis, Zeugnis Berufsreifeprüfung, etc. (Kopie)
 - GuKP-Diplom (Kopie)
 - Berufsausweis (Gesundheitsregister, Kopie)
 - Berufsanerkennung (betrifft nur Nicht-EU/EWR-Bürger:innen)
 - Einzahlungsbeleg Inskriptionsgebühr € 70,-, (betrifft alle Bewerber:innen)
- Bankverbindung: BLZ 57000 Hypo Tirol Bank; IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637;
SWIFT/BIC: HYPTAT2; Verwendungszweck IS-SAB/WB/47110/21312
- Selbstkostenanteil für Personal der tirol kliniken € 50,-
BLZ 57000 Hypo Tirol Bank; IBAN: AT 47 5700 0002 1009 2637;
SWIFT/BIC: HYPTAT2; Verwendungszweck IS-SAB/WB/47110/21312

5. Dienstgeber:in

Krankenanstalt: _____ Abteilung: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Email: _____

Die Rechnung der Lehrgangsgebühr ergeht an: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Tirol Kliniken GmbH Kostenstelle: _____
- Zustelladresse des/der Studierenden
- Dienstgeber:in

Genauere Rechnungsanschrift:

Ort und Datum

Unterschrift Dienstgeber:in (wenn
Kosten übernommen werden)

Bitte senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an folgende Adresse:
fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
Studien-Service-Center Lehrgänge
Innrain 98, 6020 Innsbruck

6. Bestätigung durch Bewerber:in

Unvollständige Bewerbungsunterlagen (fehlende Daten, fehlende Dokumente) werden nicht berücksichtigt und zur Vervollständigung retourniert.

Ich werde das Studien-Service-Center **unverzüglich schriftlich informieren**, wenn ich **meine Bewerbung nicht mehr aufrechterhalte** oder den zugeteilten **Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann** bzw. nach Aufnahme-Entscheid auf meinen **Studienplatz verzichte**.

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten daher ausschließlich auf Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen und Datenschutzvorschriften.

In unseren Datenschutzerklärungen informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung am AZW und an der fh gesundheit. Diese sind in der Rubrik Datenschutz auf unserer Homepage www.azw.ac.at und www.fhg-tirol.ac.at einsehbar.

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

Die Verrechnung der **Lehrgangsgebühren** erfolgt vor Beginn des Lehrganges, die aktuellen Gebühren entnehmen Sie bitte der Homepage. Für die ordnungsgemäße Bezahlung der Lehrgangsgebühren – auch durch Dritte – haftet grundsätzlich der/die Studierende.

Semesterweise wird für die Österreichische Hochschüler:innenschaft jeweils der Pflichtbetrag (in Höhe von ca. € 20,00 pro Semester) in Rechnung gestellt und an die ÖH weitergeleitet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und erkläre mich mit obigen Punkten, der Aufnahmeordnung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des AZW (siehe auch www.azw.ac.at) bzw. der fh gesundheit (siehe auch www.fhg-tirol.ac.at) und der Datenschutzerklärung einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Bewerber:in