

Nostrifizierung eines ausländischen Fachhochschul-Studienabschlusses

An das Kollegium der fh gesundheit
FH-Rektor Mag. Walter Draxl, MSc
Vorsitzender des Fachhochschulkollegiums
Innrain 98
6020 Innsbruck

Ich beantrage die Anerkennung meines abgeschlossenen ausländischen FH-Studiums:
[Bitte leserlich ausfüllen]

Hochschule: _____

Fachrichtung: _____

Akademischer Grad: _____

als gleichwertig mit dem Studienabschluss eines FH-Bachelor-Studiengangs an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH:

[Bitte Zutreffendes ankreuzen]

Biomedizinische Analytik
StgKz 0496

Diaetologie
StgKz 0497

Ergotherapie
StgKz 0498

Gesundheits- und Krankenpflege
StgKz 0822

Hebamme
StgKz 0499

Logopädie
StgKz 0500

Physiotherapie
StgKz 0501

Radiologietechnologie
StgKz 0502

Angestrebter akademischer Grad: **Bachelor of Science in Health Studies**

1. Angaben zur Person

[Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Angaben zur Person	
Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, -ort, -land	, ,
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer, inkl. Versicherungsanstalt/Kasse	

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	

2. Angaben zur Schulbildung

[Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Angaben zur Schulbildung	
<input type="checkbox"/> Reifeprüfung/Allgem. Universitätsreife	Bezeichnung der Schule/Schultyp:
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Datum der Reifeprüfung:
<input type="checkbox"/> Studienberechtigungsprüfung	Institution:
Art der Studienberechtigungsprüfung (z.B. Medizin)	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:

3. Angaben zum ausländischen Fachhochschulabschluss

[Zutreffendes ankreuzen. Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen.]

Angaben zur Hochschule	
Name der Institution	
Fachrichtung	
Ausbildungszeit von/bis	Beginn: Ende:
Abschluss	Prüfungsdatum:
Bezeichnung des akademischen Grades	

4. Informationen zum Antrag

Nachstehend angeführte Unterlagen sind dem vollständig ausgefüllten, unterschriebenem Antragsformular beizulegen.

Diese Unterlagen müssen entweder im Original oder in beglaubigter Abschrift vorgelegt werden, die Verleihungsurkunde immer im Original. Fremdsprachigen Dokumenten sind beglaubigte deutsche oder englische Übersetzungen beizufügen.

- Geburtsurkunde und allfällige Urkunden über Namensänderung, wenn die Studiennachweise auf einen früheren Namen lauten
- Staatsbürgerschaftsnachweis oder Reisepass
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Reifeprüfungszeugnis/Maturazeugnis
- Nachweis über den Status der ausländischen Universität, Hochschule oder sonstigen postsekundären Bildungseinrichtung
- möglichst detaillierte Unterlagen über das ausländische Studium, z.B. Curriculum (ECTS), Studienbuch, Studienführer, Zeugnisse über die abgelegten Prüfungen inkl. Bezeichnung und Stundenausmaß der besuchten Lehrveranstaltungen und Prüfungen, wissenschaftliche Arbeiten;
- Abschluss- bzw. Diplomurkunde
- Exemplar der Abschlussarbeit oder Inhaltsangabe in deutscher oder englischer Sprache
- Nachweis über Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 (bzw. C1 für Logopädie) gemäß dem Europäischen Referenzrahmen durch Vorlage einer Bestätigung über die erfolgreich abgelegte Prüfung bei einer anerkannten Bildungseinrichtung
- Nachweis von Impfungen für nachfolgend angeführte Infektionskrankheiten (für den Fall, dass Praktika absolviert werden müssen)

Bitte senden Sie Ihren vollständigen Antrag an folgende Adresse:

**fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
FH-Rektor Mag. Walter Draxl, MSc
Vorsitzender des Fachhochschulkollegiums
Innrain 98, 6020 Innsbruck**

5. Bestätigung durch die/den AntragstellerIn

Ich erkläre an Eides statt, dass ich an keiner österreichischen Behörde einen Nostrifizierungsantrag gleichen Inhalts eingereicht habe.

Die Bearbeitungsgebühr zur formellen Überprüfung der Unterlagen beträgt € 100,00; die Gebühr zur Erstellung eines Nostrifikationsgutachtens beträgt € 150,00. Diese wird bei Erfüllung der formellen Voraussetzungen im Voraus verrechnet.

Ich stimme zu, dass meine Daten für Zwecke der Administration elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und bestätige, dass meine 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 gesetzlichen Bestimmungen und Datenschutzvorschriften.

In unserer Datenschutzerklärung informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung an der fh gesundheit. Diese ist in der Rubrik Datenschutz auf unserer Homepage www.fhg-tirol.ac.at einsehbar.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit obigen Punkten und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der fh gesundheit (siehe auch www.fhg-tirol.ac.at) einverstanden.

Datum

Unterschrift BewerberIn