

Anmeldeformular

Bachelor für MTD und Hebamme

Einstieg in das 3. Semester auf Basis Anerkennung nachgewiesener Kenntnisse gem. §12 FHG

Hochschullehrgang [bitte Zutreffendes ankreuzen]

- ☐ Bachelor of Continuing Education for Health Professions, BSc (CE)
☐ Bachelor Professional for Health Professions (BPr)

Foto

(bitte hier
aufkleben)

1. Angaben zur Person

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Grad	
Geburtsdatum, -ort	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer	
Heimatadresse	Hauptwohnsitz ☐ ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Zustelladresse (wenn von Heimatadresse abweichend)	Hauptwohnsitz ☐ ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
Hauptwohnsitz seit mind. 4 Jahren	☐ Tirol ☐ _____ (anderes Bundesland / Staat)
Kontaktdaten	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	

wird vom Studien-Service-Center ausgefüllt:

Termin Aufnahmegespräch: _____

Evaluierung Bewerbungsunterlagen / Zusätzliche Qualifikationen

VO	AF	MS	CV	Abschluss	Sonstiges

Berufstätigkeit (gemäß BIS-Datenbankschnittstelle/FH BIS Verordnung, Version 30.7.2012)	Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen: ☐ nicht berufstätig ☐ arbeitslos gemeldet mit facheinschlägiger Berufserfahrung als: _____ ☐ arbeitslos gemeldet Sonstige: ☐ Vollzeit facheinschlägig berufstätig als: _____ ☐ Teilzeit facheinschlägig berufstätig als: _____ ☐ Vollzeit nicht facheinschlägig berufstätig als: _____ ☐ Teilzeit nicht facheinschlägig berufstätig als: _____
--	--

2. Angaben zur Ausbildung

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

a. Berufliche Qualifikation als MTD/Hebamme

Berufliche Qualifikation als MTD/Hebamme ☐ Biomedizinische Analytik ☐ Diätologie ☐ Ergotherapie ☐ Hebamme ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Radiologietechnologie ☐ andere (mind. 3jährige) Ausbildung: _____	Institution: _____ Staat: _____ Prüfungsdatum: _____
☐ abgeschlossen	

b. Hochschulrechtliche Zugangsvoraussetzung

Bachelor of Continuing Education for Health Professions BSc (CE)	
☐ In- oder ausländische Reifeprüfung / (Matura/Abitur)	
Institution: _____	
☐ abgeschlossen	Datum der Reifeprüfung: _____
☐ Abschlussklasse	Voraussichtliches Abschlussdatum: _____

☐ Studienberechtigungsprüfung			
Institution:			
Art der Studienberechtigungsprüfung (Medizinische Studien, Gesundheit & Soziales, Naturwissenschaft, etc.)			
☐ abgeschlossen		Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Studienbeginn		Bereits abgelegte Prüfungen/ voraussichtliches Abschlussdatum:	
☐ Berufsreifeprüfung			
Institution:			
☐ abgeschlossen		Prüfungsdatum:	
☐ Abschluss bis Studienbeginn		Bereits abgelegte Prüfungen/ voraussichtliches Abschlussdatum:	
Berufserfahrung mindestens zwei Jahre im einschlägigen Berufsfeld (gemäß Fachhochschulgesetz) [Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen]			
Zeitraum	von - bis	Arbeitgeber	Funktion

Bachelor Professional for Health Professions BPr			
Höchste Schulausbildung			
Institution:			
☐ abgeschlossen		Datum der Abschlussprüfung:	
☐ Abschlussklasse		Voraussichtliches Abschlussdatum:	
Zusatzprüfung Deutsch			
☐ abgeschlossen		Datum der Abschlussprüfung:	
☐ Abschluss bis Studienbeginn		Voraussichtliches Abschlussdatum:	
Institution:			
Zusatzprüfung Englisch B2			
☐ abgeschlossen		Datum der Abschlussprüfung:	
☐ Abschluss bis Studienbeginn		Voraussichtliches Abschlussdatum:	
Institution:			

3. Weitere Angaben zur Person

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.]

Muttersprache	
---------------	--

4. Informationen zur Anmeldung

Nachstehend angeführte Unterlagen sind für die Bewerbung erforderlich:
Es werden **nur vollständige Anmeldungen** berücksichtigt.

- vollständig ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inkl. Foto
- Motivationsschreiben
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, ggfs. Heiratsurkunde (Kopie)
- Kopie von Reisepass/Personalausweis bei ausländischen Staatsbürger:innen
- Zeugnis, das gemäß Zugangsvoraussetzungen zum Studium berechtigt (Kopie)
- Nachweis mind. zweijährige einschlägige Berufserfahrung (Kopie) nur BSc (CE)
- Nachweis der beruflichen Qualifikation:
 - Abschlussurkunde (Diplom) MTD/Hebamme (Kopie)
 - Abschlussurkunde einer mindestens dreijährigen Ausbildung in einem gesundheitsnahen Beruf (Kopie)

Bitte senden Sie Ihre vollständige Anmeldung bis zum Anmeldeschluss an folgende Adresse:

**fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
Studien-Service-Center
Innrain 98, 6020 Innsbruck**

5. Bestätigung Bewerber:in

Ich verpflichte mich, der fh gesundheit **unverzüglich schriftlich mitzuteilen**, wenn ich **meine Bewerbung nicht mehr aufrecht halte** oder auf meinen **Studienplatz verzichte**.

Meine Daten werden für Zwecke der Administration elektronisch verarbeitet und gespeichert.
Ich 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.

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

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

Datum

Unterschrift Bewerber:in