

Anmeldeformular

Hochschullehrgang

Bachelor of Continuing Education for Health Professions

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

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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer	
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	
Hauptwohnsitz seit mind. 4 Jahren	<input type="checkbox"/> Tirol <input type="checkbox"/> _____ (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
----	----	----	----	-----------	-----------

2. Angaben zur Ausbildung

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

a. Hochschulrechtliche Zugangsvoraussetzung

<input type="checkbox"/> Reifeprüfung / Allgem. Universitätsreife	Bezeichnung der Schule/Schultyp: _____ _____
	Staat: _____
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Datum der Reifeprüfung: _____
<input type="checkbox"/> Abschlussklasse	Voraussichtliches Abschlussdatum: _____
<input type="checkbox"/> Studienberechtigungsprüfung	Institution: _____
	Staat: _____
Art der Studienberechtigungsprüfung (Medizinische Studien, Gesundheit & Soziales, Naturwissenschaft, etc.)	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum: _____
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Bereits abgelegte Prüfungen/ voraussichtliches Abschlussdatum: _____
<input type="checkbox"/> Berufsreifeprüfung	Institution: _____
	Staat: _____
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum: _____
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Bereits abgelegte Prüfungen/ voraussichtliches Abschlussdatum: _____

b. Berufliche Qualifikation

Gesundheitsberuf, gesundheitsnaher Beruf	Institution: _____
<input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytik	
<input type="checkbox"/> Diätologie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Hebamme	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Radiologietechnologie	
<input type="checkbox"/> anderer: _____	Staat: _____
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum: _____
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Bereits abgelegte Prüfungen/ voraussichtliches Abschlussdatum: _____

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
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Geburtsurkunde und Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)
- Zeugnis, das gemäß Zugangsvoraussetzungen zum Studium berechtigt (Kopie)
Reifeprüfungszeugnis, Studienberechtigungsprüfung, Berufsreifeprüfung, Nachweis relevante facheinschlägige berufliche Qualifikation inkl. Zusatzprüfungen, etc.
- Nachweis der beruflichen Qualifikation: Abschlussurkunde Gesundheitsberuf, gesundheitsnaher Beruf
- bei noch laufender Ausbildung, sind Zeugnisse über Zwischenabschlüsse beizulegen (Kopie)
z.B. Semesterzeugnis, Teilprüfungszeugnisse, Bestätigung der Schule/Institution etc.
- BewerberInnen mit nicht-deutscher Muttersprache: Nachweis Deutsch Level B2
- Alle Dokumente in deutscher Sprache bzw. in beglaubigter Übersetzung.
- Bei ausländischer Hochschulreife: Nachweis der Gleichstellung mit der österr. Hochschulreife

**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 durch BewerberIn

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 BewerberIn