

Anmeldeformular

Lehrgang zur Weiterbildung
[Bitte Zutreffendes ankreuzen]

- Master of Business Administration im Gesundheitswesen**
 **Akademische/r ExpertIn
in Business Administration im Gesundheitswesen (§65a GuKG)**

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, -ort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer/Versicherung	
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	
Telefonnummer	
Handynummer	

wird vom Studien-Service-Center ausgefüllt:

Termin Aufnahmegespräch: _____

Evaluierung Bewerbungsunterlagen / Zusätzliche Qualifikationen

VO	AF	MS	CV	Abschluss	Sonstiges
----	----	----	----	-----------	-----------

<p>Berufstätigkeit</p> <p>(gemäß BIS-Datenbankschnittstelle/FH BIS Verordnung, Version 30.7.2012)</p>	<p><i>Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> nicht berufstätig</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet mit facheinschlägiger Berufserfahrung als: _____</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet Sonstige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollzeit facheinschlägig berufstätig als: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit facheinschlägig berufstätig als: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollzeit nicht facheinschlägig berufstätig als: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit nicht facheinschlägig berufstätig als: _____</p>
--	---

2. Angaben zur Ausbildung

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

<input type="checkbox"/> Nachweis der Hochschulreife	z.B. Matura/ Abitur, Studienberechtigungsprüfung
Prüfungsdatum	
<input type="checkbox"/> Bachelor-, Diplom- oder Master-Studium, Doktorat	<p>Abschluss eines österreichischen oder anerkannten ausländischen facheinschlägigen oder vergleichbaren Bachelor-Studiums nach einzelfallbezogener Prüfung des Qualifikationsniveaus durch die Leitung des Lehr- und Forschungspersonals.</p> <p>- Studium Soziale Arbeit im Umfang von mindestens 180 ECTS oder ein gleichwertiges in- oder ausländisches Studium</p>
(Fach)Hochschule	
Bezeichnung des Studiums/des Studienganges	
Abschluss	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	
Prüfungsdatum	
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	
Voraussichtliches Abschlussdatum	
<input type="checkbox"/> Abschluss im Bereich der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe	- Ausbildung in einem gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf im Umfang von mindestens 180 ECTS
Institution	
Bezeichnung	
Abschlussdatum	

<input type="checkbox"/> Abschluss einer inländischen oder anerkannten ausländischen dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung mit einer zusätzlichen (Spezial-) Ausbildung im Umfang von mindestens 60,00 ECTS	
Institution	
Bezeichnung	
Abschlussdatum	

Kernfachbereiche - Nachweis des vorausgesetzten fachlichen Niveaus	
<input type="checkbox"/> wissenschaftliche Kompetenzen (z.B. BSc-, MSc-, sonst. Hochschulabschluss, ...)	
<input type="checkbox"/> sozialkommunikative u. Selbstkompetenzen (Tätigkeit an PatientInnen, ...)	

3. Informationen zur Anmeldung

Es werden **nur vollständige Anmeldungen** berücksichtigt.

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- vollständig ausgefülltes, unterschriebenes Anmeldeformular inkl. Foto
- Motivationsschreiben
- Bestätigungen über Vorerfahrungen, berufliche Tätigkeiten
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Maturazeugnis (Kopie)
- Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, ggf. Heiratsurkunde (Kopie)
- Abschlusszeugnis mit dem Sie gemäß Zugangsvoraussetzungen zum Studium zugelassen werden (Kopie)

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

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

oder per Email

an die auf der Homepage angegebene Adresse
(sämtliche Unterlagen und Dokumente bitte eingescannt beilegen)

4. Bestätigung durch die/den BewerberIn

Ich verpflichte mich, die fh gesundheit **unverzüglich schriftlich zu informieren**, 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.

Die Lehrgangsgebühren betragen in den ersten vier Semestern je € 2.700,00 pro Semester + ÖH-Beitrag und im 5. Semester € 800,- + ÖH-Beitrag (Änderung vorbehalten).

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

Datum

Unterschrift BewerberIn