

Zeichen A W N NN X

Anmeldeformular

FH-Master-Studiengang

Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen Master of Science in Health Studies

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	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
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)

wird vom Studien-Service-Center ausgefüllt:

Termin Aufnahmegespräch: _____

Evaluierung Bewerbungsunterlagen / Zusätzliche Qualifikationen

VO	AF	MS	CV	Abschluss	Sonstiges

Berufstätigkeit	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

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

[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

<input type="checkbox"/> Bachelor-, Diplom- oder Master-Studium, Doktorat	Als Zugangsvoraussetzung gilt der Abschluss eines facheinschlägigen Bachelor-, Master-, Diplom- oder Doktoratsstudiums an einer inländischen oder anerkannten ausländischen Fachhochschule oder Universität folgender Studienrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> - Gehobene medizinisch-technische Dienste - Hebamme - vergleichbare Bachelor-Abschlüsse aus dem Fachhochschul- und universitären Bereich
(Fach)Hochschule	
Bezeichnung des Studiums/des Studienganges	
Abschluss	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Voraussichtliches Abschlussdatum:
<input type="checkbox"/> Postsekundärer inländischer oder anerkannter ausländischer Bildungsabschluss	Als Zulassungsvoraussetzung gilt der Nachweis eines postsekundären inländischen oder anerkannten ausländischen Bildungsabschlusses in einem <ul style="list-style-type: none"> - gehobenen medizinisch-technischen Dienst gemäß BGBl. Nr. 460/1992 oder - Hebammen gemäß BGBl. Nr. 310/1994 i.d.g.F.
Institution	
Bildungsabschluss	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:
<input type="checkbox"/> Abschluss bis Studienbeginn	Voraussichtliches Abschlussdatum:
<input type="checkbox"/> Sonstiges	z.B. dipl. Pflegepersonal mit Matura, Sonderausbildung und außerordentlicher beruflicher Erfahrung, Prüfung im Einzelfall

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
- Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, Heiratsurkunde (Kopien)
- Zeugnis des höchsten Schulabschlusses
 - z.B. Maturazeugnis, Zeugnis Berufsreifeprüfung, etc.
- Abschlusszeugnis, mit dem Sie die Zugangsvoraussetzungen erfüllen (Kopie)
 - z.B. Bachelor-Urkunde, Master-Urkunde, Sponsionsurkunde, Promotionsurkunde, etc.

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

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

4. Bestätigung durch BewerberIn

Ich werde das Studien-Service-Center **unverzüglich schriftlich informieren**, wenn ich **meine Bewerbung nicht mehr aufrecht halte** oder den zugeteilten **Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann** bzw. nach Aufnahme-Entscheid 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 Studiengebühr beträgt €363,36 pro Semester. Pro Studienjahr wird ein Sachmittelbeitrag eingehoben. Nähere Informationen dazu finden Sie in der Aufnahmeordnung bzw. auf der Homepage.

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 → Service → Downloadcenter) einverstanden.

Datum

Unterschrift BewerberIn