

# Anmeldeformular

für

die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und  
Krankenpflege (Diplomausbildung)

Bitte  
Passbild  
hier  
einkleben

## PERSONALIEN

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Bei Minderjährigen – Erziehungsberechtigte:

Name(n): \_\_\_\_\_

Adresse und Tel.: \_\_\_\_\_

**Schul- und Berufsausbildung:**

<b>Art der Schule, Lehre etc.</b>	<b>Ort</b>	<b>von Monat/Jahr</b>	<b>bis Monat/Jahr</b>

**Praktische Tätigkeit nach der Schul- und Berufsausbildung:**

<b>Arbeitgeber / Praktikumsstelle</b>	<b>Ort</b>	<b>von Monat/Jahr</b>	<b>bis Monat/Jahr</b>

**Kurse, Weiterbildungen, Zusatzqualifikationen:**

<b>Art des Kurses</b>	<b>absolviert bei</b>	<b>von Monat/Jahr</b>	<b>bis Monat/Jahr</b>

## **Folgende Dokumente werden benötigt:**

1. Anmeldeformular **vollständig ausgefüllt**
2. Handgeschriebener Lebenslauf in Aufsatzform
3. Geburtsurkunde (in Kopie)
4. Staatsbürgerschaftsnachweis (in Kopie)
5. Polizeiliches Führungszeugnis (bei Anmeldung nicht älter als zwei Wochen)
6. Bestätigung des Hausarztes über die gesundheitliche Eignung
7. Abschlusszeugnis der Hauptschule bzw. der 8. Schulstufe (in Kopie)
8. Abschlusszeugnis der 10. Schulstufe oder Abschlusszeugnis der 9. Schulstufe und Lehrabschlusszeugnis (in Kopie)
9. Jahres- und/oder Semesterzeugnisse der letztbesuchten Schule (in Kopie)
10. Arbeits-, Kurszeugnisse (in Kopie)
11. Einzahlungsbestätigung der Anmeldegebühr

## **Alle Dokumente sind beim Aufnahmegespräch im Original vorzulegen!**

Nach Eingang der Anmeldegebühr von **€ 14,50** wird Ihre Bewerbung bearbeitet.  
IBAN: AT40 2040 4073 0832 3008, BIC: SBGSAT2SXXX, Salzburger Sparkasse

**Warum möchten Sie gerade an unserer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege die Ausbildung machen?**

**Haben Sie sich schon bei anderen Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege angemeldet?**

ja

nein

Wenn ja, wo und wann?

**Wodurch wurden Sie auf unsere Schule aufmerksam?**

- |  |                                  |                              |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Mini-BIM           | <input type="radio"/> TV / Radio | <input type="radio"/> Folder |
| <input type="radio"/> Lehrer             | <input type="radio"/> Zeitung    | <input type="radio"/>        |
| <input type="radio"/> Freunde / Kollegen | <input type="radio"/> Internet   | <input type="radio"/>        |

Die Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.  
Die erhobenen Daten werden für die Administration der Anmeldung benötigt und nach Abschluss des Aufnahmeverfahrens bzw. spätestens nach Abschluss der Ausbildung vernichtet.