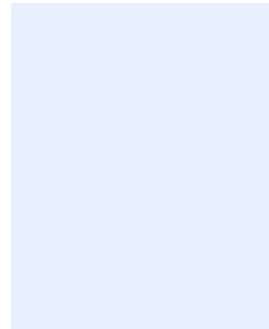


An die
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege St. Pölten
Matthias Corvinusstraße 26
3100 St. Pölten



BEWERBUNG / ANMELDUNG / STAMMDATENBLATT Sonderausbildung Kinder- und Jugendlichenpflege

Versicherungsstatus

Sind Sie derzeit beim AMS versichert? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn NEIN : <input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> Sonstiges	Werden Sie während der Ausbildung voraussichtlich durch das AMS unterstützt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Werden Sie von einem Dienstgeber unterstützt und sind Sie während der Ausbildung durch den Dienstgeber sozialversichert?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Dienstgeber:

Angaben zur Person

Vorname		Nachname	
akad. Titel		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
SV-Nummer		Staatsbürgerschaft	
Anzahl Kinder		Familienstand	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	

Adresse und Kontaktdaten

Straße		Hausnummer	
Ort		Postleitzahl	
Bezirk		Bundesland	
Land / Staat		Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz <input type="checkbox"/>
Telefon Festnetz		Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse			

Bewerbungsunterlagen

Wenn Ihre Bewerbungsunterlagen unvollständig sind (fehlende Daten, fehlende Dokumente), können Sie nicht am Auswahlverfahren teilnehmen (ausgenommen Dokumente, die erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgelegt werden können wie zB Zeugnis vom laufenden Schuljahr und/oder zu einem späteren Zeitpunkt verlangt werden).

Vorzulegende Dokumente:

Bitte nur Kopien einreichen – Ihre Bewerbungsunterlagen werden nicht retourniert und werden vernichtet!

<input type="checkbox"/> Nachweis über Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Diplom)	<input type="checkbox"/> Reisepass oder Personalausweis
<input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Nachweis Namensänderung

Für Bewerber die NICHT im Landesdienst NÖ beschäftigt sind:

<input type="checkbox"/> grobklinische Untersuchung (Formblatt liegt bei)	<input type="checkbox"/> Strafregisterbescheinigung (bei Vorlage nicht älter als 3 Monate – erhältlich beim Gemeindeamt)
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datenverwendung

Die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen in NÖ gehen mit Ihren personenbezogenen Daten sorgfältig und gewissenhaft um. Alle personenbezogenen Daten, die Sie uns im Rahmen Ihrer Bewerbung und in Folge bei Zusage für einen Ausbildungsplatz im Rahmen Ihrer Ausbildung bekannt geben, werden ausschließlich durch Mitarbeiter/innen der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen, das sind Mitarbeiter/innen des Landes NÖ und der zugehörigen Institutionen und der NÖ Landesgesundheitsagentur zweckgebunden verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ausgenommen sind jene Daten, die aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen und Ausbildungsverordnungen an zum Beispiel externe Praktikumsstellen, Behörden, Ämter weitergegeben werden müssen.

Bestätigungen durch den/die Bewerber/in

Ich verpflichte mich, dem Sekretariat der Gesundheits- und Krankenpflegeschule unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn

- meine Bewerbung nicht mehr aufrecht ist
- ich einen Termin zum Zulassungstest oder Assessment/Gesprächstermin nicht wahrnehmen kann
- ich nach erfolgter Aufnahme auf meinen Ausbildungsplatz verzichte

Ich nehme weiters zur Kenntnis, dass im Falle einer Zusage zu einem Ausbildungsplatz der erforderliche Nachweis über meinen Impfstatus zur von der Gesundheits- und Krankenpflegeschule gesetzten Frist verpflichtend vorzulegen ist. Bei Nichtvorlage des ärztlich bestätigten Impfnachweises wird von einer Aufnahme Abstand genommen!

Formblatt wird im Fall der Aufnahme in die Ausbildung von der Schule an den/die Bewerber/in übermittelt.

HINWEIS IMPFSTATUS: zum Schutz der Auszubildenden ebenso wie der betreuten PatientInnen vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, werden vor Antritt eines Praktikums in einem NÖ Landes- oder Universitätsklinikum gemäß Empfehlung des Obersten Sanitätsrates und des Bundesministeriums für Gesundheit bestimmte Impf- oder Immunitätsnachweise verlangt!

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den elektronischen Zulassungstest in NÖ innerhalb von 6 Monaten bzw. innerhalb eines Bewerbungszyklus nicht wiederholen darf.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Verwendung meiner personenbezogenen Daten, wie im Absatz Datenverwendung beschrieben, einverstanden.

Ich bestätige, dass alle im Bewerbungsformular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich verpflichte mich für den Fall einer Aufnahme, alle erforderlichen Impfungen nachzuweisen und nehme zur Kenntnis, dass Praktika nur mit dem erforderlichen Impfschutz angetreten werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei Nichterreichen der erforderlichen Punkteanzahl aus dem Auswahlverfahren ausscheide und auch keine Bewerbung innerhalb desselben Bewerbungszyklus an einem anderen Standort einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule in NÖ möglich ist!

Datum: .	Unterschrift BewerberIn:
-----------------	---------------------------------------

Lebenslauf auf Seite 4 befüllen!

Formblatt grobklinische Untersuchung auf Seite 5 – beim Arzt / bei der Ärztin Ihrer Wahl bestätigen lassen (gilt nur für Bewerber, die nicht im NÖ Landesdienst beschäftigt sind!)

LEBENSLAUF

EINGABE DATUM BITTE IM FORMAT tt.mm.JJJJ (zB 01.01.1999)

Ausbildung	Datum von ... bis ...	Dauer in Jahren
Vorschule	bis	
Volksschule	bis	
Hauptschule / Gym. Unterstufe *	bis	
Poly / HAS / FS / etc.	Bezeichnung d. Schule/Typ:	
	bis	
	bis	
Abschlussprüfung	<input type="checkbox"/> erfolgreich, Datum: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ausbildung abgebrochen	
Lehre	Berufsbezeichnung:	
	bis	
Lehrabschlussprüfung	<input type="checkbox"/> erfolgreich, Datum: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ausbildung abgebrochen	
AHS / BHS (Gym, HAK, HTL, etc.)	Bezeichnung d. Schule/Typ:	
	bis	
	bis	
Reifeprüfung / Matura	<input type="checkbox"/> erfolgreich, Datum: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ausbildung abgebrochen	
Universität / Fachhochschule	Fachrichtung:	
	bis	
Abschlussprüfung	<input type="checkbox"/> erfolgreich, Datum: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ausbildung abgebrochen	
berufliche Tätigkeit	DienstgeberIn	Datum von ... bis ...
		bis
		bis
		bis
		bis
		bis
		bis
Muttersprache:	Fremdsprachen:	Hobbies:

Bitte vereinbaren Sie umgehend einen Termin mit dem Arzt/der Ärztin Ihres Vertrauens, damit die Untersuchung zeitgerecht erfolgen kann.

Die Kosten für die Untersuchung sind von der Bewerberin / vom Bewerber selbst zu tragen und stellen keine kassenärztliche Leistung dar.

Grobklinische Untersuchung

für Frau / Herrn geb. am

dient zur Vorlage: bei der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege für die Aufnahme

- in die Ausbildung zur/zum Pflegefachassistenten/in
- in die Ausbildung zur/zum Pflegeassistent/in
- in eine Ausbildung in einem Medizinischen Assistenzberuf

zutreffendes bitte ankreuzen!

Aufgrund meiner Untersuchung bestätige ich, dass die/der Untersuchte zum heutigen Datum die zur Erfüllung der Berufspflichten nötige körperliche, geistige und gesundheitliche Eignung

besitzt

nicht besitzt

zutreffendes bitte ankreuzen!

....., am Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel