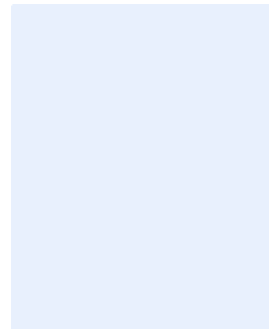


An die
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*wird nur an den Standorten Horn, Neunkirchen, St. Pölten angeboten
nähere Infos auf www.pflegeschulen-noe.at



BEWERBUNG / ANMELDUNG / STAMMDATENBLATT

Bewerbung für*

*Bitte zutreffendes ankreuzen	
BASISMODUL für medizinische Assistenzberufe	<input type="checkbox"/>
Operationsassistentz	<input type="checkbox"/>
Gipsassistentz	<input type="checkbox"/>

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	Volljährig? * <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

*wenn nein, bitte auf Seite 3 Daten der Erziehungsberechtigten ergänzen und durch Erziehungsberechtigten unterschreiben lassen!

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			

INFORMATIONEN zum Auswahlverfahren:

Nichterreichung der erforderlichen Mindestpunktzahl im Auswahlverfahren :

Wenn die erforderliche Mindestpunktzahl beim elektronischen Zulassungstest oder beim Gesamtergebnis des Auswahlverfahrens für die Ausbildung Medizinische Assistenzberufe NICHT erreicht wird, scheidet man aus dem Auswahlverfahren an der gewünschten Gesundheits- und Krankenpflegeschule aus. In diesem Bewerbungszyklus kann man sich auch nicht mehr an einem anderen Standort einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule in NÖ bewerben!

Das erreichte Ergebnis gilt für alle Gesundheits- und Krankenpflegeschulen mit dem Ausbildungsangebot Medizinische Assistenzberufe in NÖ. Eine neuerliche Bewerbung und erneute Teilnahme am Auswahlverfahren für den nächsten Bewerbungszyklus ist MÖGLICH!

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 Jahreszeugnis 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"/> Zeugnis der höchsten besuchten Ausbildungsstufe (zB Studium, Matura, Lehrabschluss, Pflichtschule,....)	<input type="checkbox"/> Reisepass oder Personalausweis
<input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Nachweis Namensänderung
<input type="checkbox"/> grobklinische Untersuchung (Formblatt liegt bei)	<input type="checkbox"/> Strafregisterbescheinigung (bei Vorlage nicht älter als 3 Monate – erhältlich beim Gemeindeamt)
<input type="checkbox"/> Nachweis über berufliche Erstausbildung (zB.: Lehrabschluss, Heimhilfeausbildung, Abschluss berufsbildende mittlere oder höhere Schule,	

Für Bewerber mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem gesetzlich anerkannten Gesundheitsberuf (in diesem Fall braucht das Basismodul nicht absolviert werden):

<input type="checkbox"/> Nachweis über Berufsberechtigung in einem Gesundheitsberuf (zB Abschlusszeugnis Pflegeassistent, Pflegefachassistent, Abschlusszeugnis medizinische/r Masseur/in,....)

Datenverwendung

Die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen 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 Krankenpflegeschulen, 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:	
---------------	--	---------------------------------	--

Daten der **Erziehungsberechtigten** - nur von BewerberInnen auszufüllen, die noch minderjährig sind:

Name:	Name:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
E-Mail:	E-Mail:
Tel. Festnetz:	Tel. Festnetz:
Tel. Mobil:	Tel. Mobil:

Als Erziehungsberechtigte/r erkläre ich mich mit der Bewerbung an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege einverstanden.

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):	
---	--

LEBENS LAUF

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