

bitte Lichtbild  
einkleben

An die  
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (PLZ, Ort)

## BEWERBUNG / ANMELDUNG / STAMMDATENBLATT Pflegefachassistenz (2 Jahre)

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!

BEWERBUNG FÜR BEGINN HERBST   
 BEWERBUNG FÜR BEGINN FRÜHJAHR   
 (sofern am gewünschten Standort angeboten)

### 1. Angaben zur Person (bitte in Druckschrift und vollständig, Zutreffendes ankreuzen)

Nachname:	
geborene(r):	
Vorname(n):	
akademischer Titel:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
SozialversicherungsNr.:	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Staatsbürgerschaft:	
Familienstand:	Anzahl der Kinder:
Adresse: Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz <input type="checkbox"/>	Verwaltungsbezirk:
PLZ, Ort:	
Straße, Nr.:	
Bundesland:	Land/Staat:
E-Mail:	
Tel. Festnetz:	
Tel. Mobil:	
Bankverbindung (Institut):	
IBAN:	BIC:

### Bei Nichterreichung der erforderlichen Mindestpunktzahl im Auswahlverfahren :

Wenn ich die erforderliche Mindestpunktzahl beim elektronischen Zulassungstest oder beim Gesamtergebnis des Auswahlverfahrens für die Ausbildung Pflegefachassistenz (PFA) NICHT erreiche, möchte ich an die Ausbildung Pflegeassistent (PA) am gewählten Standort weitervermittelt werden (sofern am Standort angeboten).

VORAUSSETZUNG: die erforderliche Mindestpunktzahl für die PA-Ausbildung wurde erreicht!

**EINVERSTANDEN:**  JA      oder       NEIN

Bei Nichterreichen der Mindestpunktzahl zumindest für die PA-Ausbildung scheidet ich aus dem Auswahlverfahren aus und kann mich innerhalb dieses Bewerbungszyklus auch nicht an einem anderen Standort einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule in NÖ bewerben.

Das erreichte Ergebnis gilt für ALLE Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in NÖ. Eine neuerliche Bewerbung und erneute Teilnahme am Auswahlverfahren für den nächsten Bewerbungszyklus ist MÖGLICH!

## **Weitervermittlung an einen anderen Standort:**

Falls nach Abschluss des Auswahlverfahrens an meinem Wunschstandort kein Ausbildungsplatz frei ist erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen in elektronischer Form sowie in Papierform an eine andere Gesundheits- und Krankenpflegeschule in NÖ weitergeleitet werden! Die Weiterleitung meiner Bewerbung an einen anderen Standort bedeutet NICHT, dass am anderen Standort zwingend eine Aufnahme erfolgt.

VORAUSSETZUNG für die Weiterleitung: die erforderliche Mindestpunktzahl für die gewählte Ausbildung wurde erreicht UND es sind an anderen Standorten Ausbildungsplätze frei!

**EINVERSTANDEN:**  JA                      oder                       NEIN

## **2. Bestätigung durch Bewerber/in**

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).

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

- meine Bewerbung nicht mehr aufrecht ist oder
- ich einen Assessment/Gesprächstermin nicht wahrnehmen kann bzw. wenn
- ich nach erfolgter Aufnahme auf meinen Ausbildungsplatz verzichte

Ich nehme 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!

## **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.

**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 Punktzahl zumindest für die PA-Ausbildung aus dem Auswahlverfahren ausscheidet und auch keine Bewerbung innerhalb desselben**

<b>Bewerbungszyklus an einem anderen Standort einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule in NÖ möglich ist!</b>			
<b>Datum:</b>	.	<b>Unterschrift BewerberIn:</b>	.....

**volljährig:** ja  nein

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

<b>Name:</b>	<b>Name:</b>
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
E-Mail:	E-Mail:
Tel. Festnetz:	Tel. Festnetz:
Tel. Mobil:	Tel. Mobil:

<b>Als Erziehungsberechtigte/r erkläre ich mich mit der Bewerbung an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege einverstanden.</b>	
<b>Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):</b>	.....
	.....

### 3. Vorzulegende Dokumente

Der Bewerbung sind **folgende Dokumente beizulegen:**

Wenn kein Original verlangt ist, bitte nur Kopien einreichen! Die Bewerbungsunterlagen werden nicht retourniert und im Fall einer Absage vernichtet!

- Zeugnis der höchsten besuchten Ausbildungsstufe**  
(z.B. Studium, Matura, Lehrabschluss, Pflichtschule, usw.) - *Kopie*
- Reisepass oder Personalausweis** - *Kopie*
- Geburtsurkunde** – *Kopie*
- Nachweis Namensänderung** – *Kopie*
- Grobklinische Untersuchung** – *im Original – Formblatt liegt bei*
- Strafregisterbescheinigung** – *im Original – bei Vorlage nicht älter als 3 Monate (erhältlich beim Gemeindeamt)*

**Lebenslauf auf Seite 4 befüllen!**

**Formblatt grobklinische Untersuchung auf Seite 5 –beim Arzt/ bei der Ärztin Ihrer Wahl bestätigen lassen!**

## LEBENS LAUF

**Ausbildung / berufliche Tätigkeit – ersetzt Lebenslauf** (bitte in Druckschrift und vollständig, Zutreffendes ankreuzen)

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

\* nicht zutreffendes streichen.

berufliche Tätigkeit	DienstgeberIn	Datum von ... bis ...
		bis
		bis
		bis
		bis
		bis
		bis

Muttersprache:	Fremdsprachen:	Hobbies:

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

- Sonderausbildung Kinder-Jugendlichenpflege
- Sonderausbildung psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- 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