**ANMELDUNG**

**Sonderausbildung**

**PFLEGE IM OPErATIONSBEREICH**

**2019**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titel/ Vorname/Nachname des/der Bewerberin:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 |  | Foto |

Ich melde mich verbindlich für die nachfolgende Ausbildung an: (Zutreffendes bitte ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **⃞** **Sonderausbildung Pflege im Operationsbereich** |

Die in der Ausschreibung enthaltenen Stornobedingungen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum Unterschrift des/der Bewerberin

**Persönliche Daten**

|  |
| --- |
|  |

Geburtsdatum:

|  |
| --- |
|  |

Geburtsort / Geburtsland:

|  |
| --- |
|  |

Soz. Vers Nr:

|  |
| --- |
|  |

Staatsbürgerschaft:

|  |
| --- |
|  |

Adresse (Privat):

|  |
| --- |
|  |

PLZ / Ort (Privat):

|  |
| --- |
|  |

Telefon (Privat):

|  |
| --- |
|  |

E-Mail (Privat):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von Mitarbeiter/innen der Kepler Universitätsklinikum GmbH auszufüllen**

|  |
| --- |
|  |

Dienstort/Dienststelle:

|  |
| --- |
|  |

Abteilung/Station/Institut

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum Datum, Unterschrift und Stempel Dienstgeber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von Personen auszufüllen die nicht Mitarbeiter/innen der Kepler Universitätsklinikum GmbH sind (auch Selbstzahler/innen)**

|  |
| --- |
|  |

Rechnung ergeht an:

|  |
| --- |
|  |

Adresse:

|  |
| --- |
|  |

PLZ Ort:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum Unterschrift der/des Rechnungsverantwortlichen

**Berufsausübung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **von** | **bis** | **(Aus)- Bildungsstätte** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Beruflicher Werdegang**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **von** | **bis** | **Beschäftigung, Dienstgeber** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Beschreibung des Aufgabenbereiches**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **von** | **bis** | **Aufgabenbereich, Zuständigkeiten** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Sonstige Fort- und Weiterbildungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **von** | **bis** | **Fort- und Weiterbildungen** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Voraussetzungen für die Zulassung**

Zur Aufnahme in die Sonderausbildung für Pflege im Operationsbereich gelten die im § 7 der GuK-SV 452/2005 genannten Voraussetzungen, insbesondere das Diplom bzw. die Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Nach Prüfung Ihrer Bewerbungsunterlagen erhalten Sie eine Einladung für das Aufnahmegespräch.

 **⃞** Vollständiges Ansuchen

 **⃞** Passfoto

 **⃞** Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und

 Krankenpflege (Diplom in Kopie)

 **⃞** Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)

 **⃞** ggf. Heiratsurkunde(Kopie)

 **⃞** Lebenslauf

 **⃞** aussagekräftiges Motivationsschreiben

**⃞** Nachweis aktuelle Beschäftigung / Dienstzeugnis (nur für externe Bewerber)

 **⃞** Immunitätsnachweis- Immunitätsstatus

 **⃞** Nachweis Grundkurs Kinästhetik

 **⃞** Zulassungsbestätigung vom Bundesministerium zur Berufsausübung in Österreich

(bei Bewerbern, die das Diplom nicht in Österreich absolviert haben)