

## Anmeldebogen

Ich,

\_\_\_\_\_  
Akadem. Grad (e)

\_\_\_\_\_  
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde

\_\_\_\_\_  
Familiename (in Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift - privat (Straße/Gasse/Platz/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

ersuche um Aufnahme in die

**Weiterbildung „Pflege auf Stroke Units“**

an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Johannes-von-Gott-Platz 1 in 1020 Wien.

**Zum Anmeldebogen sind die jeweils relevanten Unterlagen, wie folgt, beizulegen:**

1. 1 aktuelles Passfoto (bitte oben rechts mit Büroklammer anbringen)
2. Lebenslauf (tabellarisch)
3. Geburtsurkunde (in Kopie)
4. evtl. Heiratsurkunde (bei Namensänderung), ggf. Scheidungsurkunde (in Kopie)
5. Staatsbürgerschaftsnachweis bei Österreicher\*innen (in Kopie)  
bzw. gültiger Reisepass bei ausländischen Bewerber\*innen (in Kopie)
6. Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplom bzw. Berufsanerkennung)
7. ggf. Beleg eines akademischen Grades
8. Dienstzeitbestätigungen mit Angabe des Beschäftigungszeitraumes sowie der Wochenstunden (als Nachweis der zweijährigen Berufspraxis)

**Persönliche Daten:**     weiblich     männlich     divers

Geburtsdatum:    \_\_\_\_\_    Geburtsname:    \_\_\_\_\_  
                         Tag (TT)    Monat (MM)    Jahr (JJJJ)

Geburtsort:    \_\_\_\_\_    Geburtsland:    \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft:    \_\_\_\_\_    Sozialvers.-Nr.:    \_\_\_\_\_ (4-stellig)

---

**Erreichbarkeit:**

Mobitel (privat): \_\_\_\_\_    E-Mail (privat): \_\_\_\_\_

---

**Berufspraxis  
dzt. Dienstgeber:**

Krankenhaus/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Kostenübernahme durch (Zutreffendes bitte ankreuzen):     Dienstgeber     Selbstzahler

---

Wir ersuchen Sie um eine möglichst vollständige Dokumentation Ihres bisherigen Ausbildungsweges durch aussagekräftige Beilagen (bitte keine Originale).

**Ausbildungsinformationen:**

Berufsberechtigung am:    \_\_\_\_\_    Ort:    \_\_\_\_\_  
   Tag (TT)    Monat (MM)    Jahr (JJJJ)

Anerkennung am:    \_\_\_\_\_    Ort:    \_\_\_\_\_  
   Tag (TT)    Monat (MM)    Jahr (JJJJ)

Universität & Studienrichtung	Datum – Abschluss (TT.MM.JJJJ)
_____	_____
_____	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden.

\_\_\_\_\_    Ort/Datum

\_\_\_\_\_    Unterschrift der/des Bewerberin/Bewerbers