

**ANMELDUNG**  
**für das 2in1 Modell**  
**Pflege**  
**10/2017 – 03/2021**  
**Anmeldefrist: bis 07.04.17**

**Ausbildungszentrum für Gesundheits- und  
 Pflegeberufe am Klinikum Wels - Grieskirchen**  
 Mag. Karin Zauner, Direktorin

A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42  
 Tel. + 43 / (0) 7242 / 415 - 92128  
 Fax + 43 / (0) 7242 / 415 - 3962  
 E-mail: [ausbildungszentrum@klinikum-wegr.at](mailto:ausbildungszentrum@klinikum-wegr.at)  
 Homepage: [www.klinikum-wegr.at](http://www.klinikum-wegr.at)

<b>Vorname:</b>		<b>SV-Nummer:</b>	
<b>Nachname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>PLZ und Ort:</b>		<b>Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>Telefon-Nr.:</b>		<b>Religion:</b>	
<b>Handy-Nr.:</b>		<b>Familienstand:</b>	
<b>E-mail (erforderlich):</b>		<b>Alter bei Beginn der Ausbildung (01.10.2017)</b>	

**Schulbildung bzw. beruflicher Werdegang**

von / bis

Schule/ Arbeitsplatz  
 (genaue Bezeichnung + Ortsangabe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Matura/ Berufsreifprüfung/ Studienberechtigung im Jahr: .....

Haben Sie sich schon einmal am AZ Wels beworben?

ja  (wenn ja, wann? .....)      nein

Ort, Datum:

Unterschrift (bei persönlicher Abgabe):

