ANMELDUNG für den Lehrgang 2017-2020

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

Homepage: www.klinikum-wegr.at

Vorname:		SV-Nummer:	
Nachname:		Geburtsdatum:	
Geburtsname:		Geburtsort:	
Straße:		Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich
PLZ und Ort:		Staatsangehörigkeit:	
Telefon-Nr.:		Religion:	
Handy-Nr.:		Familienstand:	
E-mail (erforderlich):		Alter bei Beginn der Ausbildung (01.10.2017)	

Schulbildung:

von / bis

Schule

(genaue Bezeichnung + Ortsangabe)

.....

.....

.....

.....

Matura: Ja Nein Jahr:

Beruflicher Werdegang:

.....

Aufnahmekriterien: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mindestalter 17 Jahre (bei Beginn der Ausbildung) und positiver Abschluss von 10 Schulstufen

Mindestalter 18 Jahre (bei Beginn der Ausbildung) und positiver Abschluss von 9 Schulstufen

(Beispiel: 4 Jahre Volksschule, 4 Jahre Hauptschule, 1 Jahr Polytechnikum = 9 Schulstufen;

Vorschule oder ein wiederholtes Schuljahr zählen nicht als Schulstufe)

Haben Sie sich schon einmal am AZ Wels beworben?

ja (wenn ja, wann?) nein

Ort, Datum:

Unterschrift (bei persönlicher Abgabe):