



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegefachassistenz Vollzeit (2-jährig) | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz Vollzeit (1-jährig) |
| <input type="checkbox"/> Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistenz Vollzeit (1-jährig) | <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz berufsbegleitend |
| <input type="checkbox"/> Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistenz berufsbegleitend (2-jährig) | <input type="checkbox"/> Heimhilfe |

In Blockschrift ausfüllen

Persönliche Daten

Familienname	_____	Geborene (r)	_____
Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Geburtsort	_____		
Geburtsland	_____	Muttersprache	_____
Staatsbürgerschaft	_____		
Familienstand	_____	Name der Eltern / Erziehungsberechtigte	_____
Anzahl der Kinder	_____		

Anschrift

Hauptwohnsitz _____

Straße, Nr. _____

Postleitzahl _____

Zweitwohnsitz _____

Straße, Nr. _____

Postleitzahl _____

Kontaktdaten

Handynummer _____

Festnetznummer _____

E-Mail _____

Bankverbindung

IBAN _____

BIC _____

Schulbildung

Volksschule (Anzahl Jahre)	_____	Matura (Ja / Nein)	_____
Hauptschule (Anzahl Jahre)	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	_____
Polyt. Lehrgang (Anzahl Jahre)	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	_____
Gymnasium (Anzahl Jahre)	_____	Andere Schulen (Name / Jahr)	_____
Berufsschule (Ja / Nein)	_____	Fachprüfung (Ja / Nein)	_____

Bitte wenden !

Berufsausbildung

Fachrichtung	_____	Lehrabschluss (ja / nein)	_____
Fachrichtung	_____	Lehrabschluss (ja / nein)	_____
Fachrichtung	_____	Lehrabschluss (ja / nein)	_____

Bisheriger Berufsweg

von - bis	Tätigkeit	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bisherige Tätigkeiten im Gesundheitswesen (z.B.: Rotes Kreuz; Feriarbeit im Krankenhaus; ...)

Sozialversicherungsnummer _____**Versichert bei** (z.B. Eltern, Ehepartner, selbst versichert usw.): _____**Alle hier gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit!**

Datum: _____ Unterschrift: _____