

# Anmeldeformular Weiterbildungslehrgang Praxisanleitung nach § 64 GuKG

**ERFORDERLICHE BEWERBUNGSUNTERLAGEN:**

- Motivationsschreiben
- Lebenslauf
- Krankenpflergediplom/Nostrifizierung (Kopie)
- Kopie Berufsausweis (Register Gesundheitsberufe)
- 1 Lichtbild
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Heiratsurkunde (Kopie)

\*\*\*\*\*

Vorname/Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

e-mail: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Dienststelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Rechnung an:  Dienstgeber  Teilnehmer

**Bestätigung des Dienstgebers:**

(mit Ihrer Unterschrift / Stempel bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):

**Bestätigung des Teilnehmers:**

(mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):

**KABEG - Bildungszentrum  
Klinikum Klagenfurt am  
Wörthersee**  
Feschnigstraße 11  
A-9020 Klagenfurt am  
Wörthersee

Landeskrankenanstalten-  
Betriebsgesellschaft – KABEG,  
UID-Nr.: ATU25802806  
Firmenbuchnummer: FN 71434 a,  
Firmenbuchgericht: Landes- als  
Handelsgericht Klagenfurt am  
Wörthersee  
Informationen zum Datenschutz unter  
[www.kabeg.at/datenschutz](http://www.kabeg.at/datenschutz)