

**Antrag auf Genehmigung einer Praktikumsstelle zur
Absolvierung eines Praktikums im Bereich der Gesundheits-
und Krankenpflegeberufe, Medizinische Assistenzberufe
und weiteren Gesundheitsberufen im Klinikum Klagenfurt**

Ich ersuche um Genehmigung eines unentgeltlichen Praktikums im Klinikum Klagenfurt
an der Abteilung/Bereich:

von: bis:

Personaldaten

Familienname(n):	Vorname(n):
Akad. Grad (Titel): (bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Staatsbürgerschaft: (bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)
Straße & H.Nr.:	
PLZ:	Ort:
Tel.Nr.:	Email:

Versicherungsdaten

Sind Sie in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert? JA NEIN

Sozialversicherungsanstalt:

Sozialversicherungsnummer:

Daten zum Praktikum

voraussichtliches Ende der Ausbildung (Jahr):

Bereits beschäftigt bzw. Mitarbeiter*in:

derzeit in Ausbildung (Institution):
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

derzeit in Ausbildung zum/zur (Berufsbezeichnung):
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

Semester/Abj. zum **Praktikumszeitpunkt**: Matrikelnummer:

Praktikumsbereich:

Berufspraktikum Nr.: Stunden geplant:

Geteiltes Praktikum: JA NEIN wenn JA Pause von: bis:

Grund der Pause:

Bitte senden Sie den Antrag u. ein Passfoto (JPG-Format) für Ihre Zutrittskarte an praktikum.klinikum@kabeg.at

Bei einer Bewerbung sind Sie automatisch damit einverstanden, dass Ihre Daten von uns in der EDV erfasst werden.