

# Anmeldeformular Weiterbildungslehrgang Praxisanleitung 25.03.2019 bis 08.11.2019

## ERFORDERLICHE BEWERBUNGSUNTERLAGEN:

- Motivationsschreiben
- Lebenslauf
- Krankenpflergediplom/Nostrifizierung (Kopie)
- 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  
  
UID-Nr.: ATU25802806  
DVR-Nr.: 00757209  
Firmenbuch: FN 71434a  
Landes- und Handelsgericht  
Klagenfurt