



(in **BLOCKSCHRIFT** ausfüllen)



INTERNE VERMERKE DER FACHABTEILUNG GESUNDHEIT & MEDIZIN:

Vorname: *		Titel:	
Familienname: *			
Geburtsdatum: *		SV-Nr. in Österreich:	
Geburtsort: *			
Straße: *			
Plz, Ort: *			
Familienstand: *			
Kinder: *		Unterhaltspflicht:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatsbürgerschaft: *			
Handy: *		Fax:	
Festnetz Telefon: *		Email:	
Führerschein: *		PKW:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bewerbung als: *		Zeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausbildung als: *		Zeugnis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Berufsanerkennung- Nostrifizierung für Österreich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einsatzbereit	

Versicherungsdaten für Mitarbeiter aus dem EU-Raum:

Krankenkasse*			
Kassen Nummer*		Vers. Nr.	
Lohnsteuerkarte – Steuerklasse*		Frei- Beträge	

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Arbeitsamt	<input type="checkbox"/> Internet www.	<input type="checkbox"/> Arbeitsvermittlung Name:
<input type="checkbox"/> Außenwerbung	<input type="checkbox"/> Zeitungs-Annonce	<input type="checkbox"/> pers. Empfehlung durch Name:

Ausbildung: (Geben Sie die letzten besuchten Schulen an)

Grundschule:	
Mittelschule:	
Pflegeausbildung: .	
Studium – Sonstiges:	

Arbeit:

Sonn- und Feiertage:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nachdienste:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wunschkdienste:	

CHECKLISTE zur sofortigen Bearbeitung Ihrer Bewerbung

Kopie Personalausweiß / oder Reisepass	<input type="checkbox"/>	Foto	<input type="checkbox"/>
Kopie Zeugnis Pflegeausbildung /Schule	<input type="checkbox"/>	Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/>
Kopie Meldung des Wohnortes	<input type="checkbox"/>	Dienstzeugnisse	<input type="checkbox"/>
Kopie Zeugnisse - Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	Lebenslauf	<input type="checkbox"/>
Kopie der Berufsankennung in Österreich. /Nostrifizierung	<input type="checkbox"/>	Kopie der Stundenaufzeichnungen, Studentafel- Pflegeschule	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

***Unterschrift Bewerber**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Fragen in diesem Bewerbungsbogen verstanden und alle Angaben nach Ihrem bestem Wissen und Gewissen getätigt haben.