

# Anmeldeformular MEDIZINISCHER ASSISTENZBERUF GIPSASSISTENZ 19. 04.2017 bis 09.02.2018

**ERFORDERLICHE BEWERBUNGSUNTERLAGEN:**

- Ansuchen um Aufnahme in die Ausbildung
- Lebenslauf
- 1 Lichtbild
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Heiratsurkunde (Kopie)
- abgeschlossenes MAB-Basismodul gemäß § 4 MAB-Ausbildungsverordnung **oder**
- Ausbildungsnachweis in einem Gesundheitsberuf

\*\*\*\*\*

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

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

|   |                                      |                                     |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Rechnung an:</b>   | Dienstgeber <input type="checkbox"/> | Teilnehmer <input type="checkbox"/> |
|   |                                      |                                     |
| <b>Bestätigung des Dienstgebers:</b>  |                                      |                                     |
| (mit Ihrer Unterschrift/Stempel bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung): |                                      |                                     |
|   |                                      |                                     |
| <b>Bestätigung des Teilnehmers:</b>   |                                      |                                     |
| (mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):         |                                      |                                     |
|   |                                      |                                     |

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

UID-Nr.: ATU25802806  
DVR-Nr.: 00757209  
Firmenbuch: FN 71434a  
Landes- und Handelsgericht  
Klagenfurt