



Anmeldeformular MAB Aufbaumodul "Operationsassistenz"

vom 25.01.2021 bis 19.01.2022

| ERFORDERLICHE BEV | <u>VERBUNGSUNTERLAGEN:</u> |
|------------------------|----------------------------|
| | |
| □ Motivationsschreiben | |

| die Pflichtschulabschlu | greiche Absolvierung der 9. Schulstufe o ussprüfung (Kopie) chlossene Berufsausbildung (Kopie) | der | |
|---|---|--------------|--|
| □ abgeschlossenes MAE (wenn nicht im Basism | B-Basismodul gemäß § 4 MAB-Ausbildur nodul vom 02.11.2020 bis 12.01.2020 an in einem Gesundheitsberuf | | |
| ☐ Geburtsurkunde (Kopi☐ Heiratsurkunde (Kopie | | | |
| □ Staatsbürgerschaftsna□ Strafregisterauszug (n | achweis (Kopie) | | |
| ********** | *************** | ******** | |
| Vorname/Familienname | : | | |
| Geburtsname: | Geburt | sdatum: | |
| 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 Teilnehr | ners: | | |
| (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

Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft KABEG, UID-Nr.: ATU25802806, DVR-Nr.: 00757209 Firmenbuchnummer: FN 71434 a, Firmenbuchgericht: Landes- als Handelsgericht Klagenfurt am Wörthersee