



**Anmeldung zur Weiterbildung Praxisanleitung  
gemäß § 64 GuKG  
im Ausmaß von 160 Stunden**

Ich melde mich verbindlich für die oben genannte Weiterbildung an der

**Schule für Gesundheits- und Krankenpflege  
des Landes Steiermark Bad Radkersburg  
Stadtgrabenstraße 17, 8490 Bad Radkersburg, E-Mail: [sagkra@stmk.gv.at](mailto:sagkra@stmk.gv.at)**

mit Start am **08.02.2021** bis **24.09.2021** an.

Die Anmeldung wird nach zeitlichem Eingang gereiht.  
Die Weiterbildung wird ab 10 TeilnehmerInnen veranstaltet.

Die Kosten in der Höhe von 1.500,00 Euro sind spätestens mit Start der Weiterbildung nachweislich zur Einzahlung zu bringen (Einzahlungsaufforderung wird nach Ihrer Anmeldung zugeschickt), ansonsten ist eine Teilnahme nicht möglich.

Stornobedingungen: Eine Stornierung ist nur schriftlich möglich. Bei Stornierung nach dem 29.04.2019 werden 50 % der Teilnahmegebühr einbehalten, ab Ausbildungsbeginn 100%.

Persönliche Daten: (auszufüllen in Blockbuchstaben)

Familienname:	Vorname(n):
Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Geburtsdatum:

Hauptwohnsitz: (auszufüllen in Blockbuchstaben)

Straße/Gasse/Hausnummer:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

Derzeit beschäftigt bei:

.....seit: .....

Folgende Unterlagen liegen bei:

- o Lebenslauf
- o Immunitätsnachweis
- o Diplom, Diplomzeugnis zum gehobenen Dienst
- o Datenschutzerklärung

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Bewerbers/in

# Lebenslauf

(in chronologischer Reihenfolge bis zum Zeitpunkt der Bewerbung)

---

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

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

Geburtsdatum /Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

## **Berufsausbildung:**

---

---

---

---

## **Beruflicher Werdegang:**

---

---

---

---

## **Besondere Kenntnisse und Fähigkeiten:**

---

---

---

---

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

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

## Einwilligung im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung für Bewerberinnen und Bewerber

Ich, ..... erteile meine Einwilligung, dass das Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Abteilung 8, Gesundheit, Pflege und Wissenschaft – Referat Gesundheitsberufe – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, die von mir beim Ausfüllen dieses Antrages bekanntgegeben personenbezogenen Daten (bzw. die personenbezogenen Daten meines noch minderjährigen Kindes .....)

– einschließlich aller Anhänge und Beilagen – zum Zweck des Aufnahmeverfahrens in dem gewählten Gesundheitsberuf erfassen, speichern und verarbeiten darf. Des Weiteren willige ich ein, dass die bekanntgegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen der Aufnahme an die hierfür zuständige Aufnahmekommission weitergegeben werden dürfen.

Zu den personenbezogenen Daten gehören auch Daten besonderer Kategorien wie z.B. Gesundheitsdaten.

Diese Einwilligung kann jederzeit durch ein Schreiben mittels Fax an +43 (3476) 40773-4, per Post an Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, Stadtgrabenstraße 17, 8490 Bad Radkersburg oder per E-Mail an [sakra@stmk.gv.at](mailto:sakra@stmk.gv.at) widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der auf ihrer Grundlage bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Ich nehme weiter zur Kenntnis, dass auf der Datenschutz-Informationseite des Landes Steiermark (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) alle relevanten Informationen insbesondere zu folgenden, mich betreffenden Punkten veröffentlicht sind:

- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
- zum dem mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde;
- zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten.



---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Bewerbers/der  
Bewerberin

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten  
(bei Minderjährigen)