

Antrag auf Genehmigung einer Praktikumsstelle zur Absolvierung eines Praktikums im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Medizinische Assistenzberufe und weiteren Gesundheitsberufen im Klinikum Klagenfurt

Ich ersuche um Genehmigung eines unentgeltlichen Praktikums im Klinikum Klagenfurt
an der Abteilung/Bereich:

von: _____ bis: _____

Personaldaten

Familienname(n): _____ Vorname(n): _____
Akad. Grad (Titel): _____ Geschlecht: _____
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)
Geburtsdatum: _____ Staatsbürgerschaft: _____
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)
Straße & H.Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.Nr.: _____ Email: _____

Versicherungsdaten

Sind Sie in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert? JA NEIN
Sozialversicherungsanstalt: _____
Sozialversicherungsnummer: _____

Daten zum Praktikum

voraussichtliches Ende der Ausbildung (Jahr): _____
Bereits beschäftigt bzw. Mitarbeiter*in: _____
derzeit in Ausbildung (Institution): _____
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)
derzeit in Ausbildung zum/zur (Berufsbezeichnung): _____
(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)
Semester/Abj. zum **Praktikumszeitpunkt**: _____ Matrikelnummer: _____
Praktikumsbereich: _____
Berufspraktikum (1-9): _____ Stunden geplant: _____
Geteiltes Praktikum: JA NEIN wenn JA Pause von: _____ bis: _____
Grund der Pause: _____

Bitte senden Sie den Antrag u. ein Passfoto (JPG-Format) für Ihre Zutrittskarte an praktikum.klinikum@kabeg.at

Bei einer Bewerbung sind Sie automatisch damit einverstanden, dass Ihre Daten von uns in der EDV erfasst werden.