

Kursbezeichnung:

Zeitraum der Veranstaltung:

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Berufsabschluss:

Abschlusszeugnis Berufsausbildung: Bei externen Bewerbern bitte beglaubigte Kopie hinzufügen!

Datum der Ausstellung:

Ausstellungsort:

Ausstellende Behörde:

Berufserlaubnis: Bei externen Bewerbern bitte beglaubigte Kopie hinzufügen!

Datum der Ausstellung:

Ausstellungsort:

Ausstellende Behörde:

 Universitätsklinikum Halle (Saale)	Fort- und Weiterbildung Anmeldung	ZD 12 AZfG Formular
	Version Nr. 5.0	Seite 2 von 3

Berufserfahrung im geforderten Fachgebiet in Monaten bzw. Jahren:
(Angaben zur Prüfung der Zugangsvoraussetzungen erforderlich!)

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Ich melde mich verbindlich für die Fort- und Weiterbildung an.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Teilnehmenden

Ort, Datum

Unterschrift der Leitung

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen vorzugsweise per E-Mail (unter Angabe der jeweiligen Fachweiterbildung in der Betreffzeile) an:

frk-fwb@uk-halle.de

oder per Post an:

Universitätsklinikum Halle (Saale)
Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe
Fachbereich Fort- und Weiterbildung
Kiefernweg 34
06120 Halle (Saale)

 UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)	Fort- und Weiterbildung Anmeldung	ZD 12 AZfG Formular
	Version Nr. 5.0	Seite 3 von 3

Nur von externen Teilnehmenden bzw. Selbstzahlern auszufüllen!

Kostenübernahme der Fort- und Weiterbildung

für Frau/ Herrn:

--

zur Teilnahme an der Fort- und Weiterbildung:

--

Kursgebühr:

--

Finanzierung durch:

Teilnehmende/n

Arbeitgeber

Bitte senden Sie die Rechnung an die untenstehende Rechnungsadresse:

Rechnungsadresse:

--

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Teilnehmenden

(nur auszufüllen, wenn der Arbeitgeber die Kosten übernimmt)

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers/ Stempel der Einrichtung