



# St. Vinzenz Bildungszentrum für Gesundheitsberufe

Nikolaus-Tolentin-Schuler Weg 2  
6511 Zams

---

## BEWERBUNGSBOGEN

### Weiterqualifizierung von der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz

(Vollzeit, Dauer 12 Monate)

Foto  
bitte einkleben

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_ (von der Schule auszufüllen)



---

### PERSÖNLICHE ANGABEN

FAMILIENNAME: \_\_\_\_\_ geborene/r: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTS-  
DATUM: \_\_\_\_\_

GEBURTS-  
ORT: \_\_\_\_\_

STAATSANGE-  
HÖRIGKEIT: \_\_\_\_\_

RELIGION: \_\_\_\_\_

ALTER: \_\_\_\_\_

GESCHLECHT:

MÄNNLICH

WEIBLICH

FAMILIENSTAND:

LEDIG

VERHEIRATET

GESCHIEDEN

VERWITWET

POSTLEITZAHL: \_\_\_\_\_

ORT: \_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_

TELEFON-  
NUMMER: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_



---

## BILDUNG

Meine Ausbildung zur Pflegehilfe/Pflegeassistentin absolvierte ich:

BILDUNGSEINRICHTUNG:

BESUCHSDAUER:

ABSCHLUSSDATUM:

---

Bereits abgeschlossene Berufsausbildung(en):

FACHRICHTUNG:

DAUER:

ORT:

FACHRICHTUNG:

DAUER:

ORT:

---

Bisheriger Berufsweg:

TÄTIGKEIT:

DAUER:

FIRMA:

TÄTIGKEIT:

DAUER:

FIRMA:

---

Ich ersuche um Aufnahme in die Weiterqualifizierung zur Pflegefachassistentin am St. Vinzenz Bildungszentrum für Gesundheitsberufe.

Ich verpflichte mich, dem Sekretariat des St. Vinzenz Bildungszentrums (BiZ) unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn ich meine Bewerbung nicht mehr aufrecht erhalte oder ich den Aufnahmeprüfungstermin nicht wahrnehmen kann/möchte.

Ich erteile meine Zustimmung, dass meine Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT  
DER BEWERBERIN/  
DES BEWERBERS:

---

---