

Ausbildung zur zahnärztlichen Assistenz

Anmeldung: für den theoretischen Fachkurs zur zahnärztlichen Assistenz

Veranstalter: NÖ Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer für NÖ

Kursbeginn: September 2019
 1. Jahrgang → Freitag
 2. Jahrgang → Samstag

Persönliche Daten:

| | |
|---|--|
| Anrede | |
| Nachname | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Sozialversicherungsnummer | |
| In welchem Schuljahr wurde die allgemeine Schulpflicht (9. Schuljahr) abgeschlossen? z.B.: 2016/2017 oder 2017/2018 | |
| Adresse | |
| PLZ, Ort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | |

Bitte unbedingt alle Felder ausfüllen!

Ordinationsdaten:

| | |
|---------------------|--|
| Name des Zahnarztes | |
| Adresse | |
| PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | |

Angaben zum Dienstverhältnis

| | |
|--------------------------------|--|
| Beginn des Dienstverhältnisses | |
| Ausmaß der Wochenarbeitszeit* | |

*(Ein Wochenstundenausmaß von mindestens 24 Stunden ist für die Ausbildung notwendig)

Wunschgruppe für Freitag 1. Jahrgang:

| | |
|--|--|
| Wahlweise ankreuzbar: Sie haben die Möglichkeit, Ihre/n Mitarbeiter/in optional für den Vormittags- oder Nachmittagslehrgang anzumelden. Wir werden Ihren Wunsch so gut als möglich berücksichtigen, jedoch kann dieses nicht garantiert werden, da die Reihung nach Einlangen der Anmeldungen erfolgt und pro Klasse maximal 40 Plätze zur Verfügung stehen. | |
| Freitagvormittag | |
| Freitagnachmittag | |
| Keine Präferenz | |

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Reihung der Kursteilnehmer insbesondere die Gruppenwahl nach Einlangen der Anmeldung erfolgt und dass die Kapazität limitiert ist.

Ich versichere, alle Angaben ordnungsgemäß und richtig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen Informationen unter Beachtung der DSGVO weiterverarbeitet werden.

Mit folgender Unterschrift bestätige ich als Ausbildungsverantwortlicher, die gesundheitliche Eignung sowie die erforderliche Vertrauenswürdigkeit zur Berufsausübung des/der Kursteilnehmer/in.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich als Dienstgeber die Kosten für den Grundkurs tragen muss. Als bestätigt gilt eine Anmeldung erst nach Einlangen der Kursgebühr auf dem Konto der Landes Zahnärztekammer für NÖ.

Unterschrift des Zahnarztes

Datum

Ich erteile die Zustimmung zur Weitergabe meiner Daten / der Daten meines Kindes gemäß der DSGVO, idgF., an die Landes Zahnärztekammer NÖ bzw. der NÖFA.

Unterschrift der Auszubildenden

Unterschrift Erziehungsberechtigter (nur bei Minderjährigen)

Bitte legen Sie diesem Formular folgende Unterlagen bei:

- Anmeldeblatt bei der Sozialversicherung
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Zeugnis über den positiven Abschluss der allgemeinen Schulpflicht (9 Pflichtschuljahre oder höhere Schulstufe)
- Bei Minderjährigen Einwilligungserklärung der/des Erziehungsberechtigten
- Aktuellen Lebenslauf mit Foto

(Bitte nur Kopien, keine Originale senden)

Unvollständig eingereichte Unterlagen können nicht berücksichtigt werden!

Bitte senden Sie die Anmeldung mit den gesamten Unterlagen an: Landes Zahnärztekammer f. NÖ bzw. NÖFA, Frau Anja Hoheneder, Kremser Gasse 20, 3100 St. Pölten bzw. per E-Mail an hoheneder@noe.zahnaerztekammer.at oder per Fax an 050511-3109

Sollten Sie innerhalb der nächsten drei Wochen ab dem Absendedatum keine Rückmeldung unsererseits bekommen haben, überprüfen Sie bitte ob die NÖFA Ihre Anmeldung erhalten hat. Zu einem späteren Zeitpunkt kann die Anmeldung nicht mehr rückwirkend berücksichtigt werden.