

## Ausbildung zur zahnärztlichen Assistenz

**Anmeldung:** für den theoretischen Fachkurs zur zahnärztlichen Assistenz

**Veranstalter:** NÖ Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer für NÖ

**Kursbeginn:** September 2024  
 1. Jahrgang → Donnerstag  
 2. Jahrgang → Donnerstag

**Persönliche Daten:**

Anrede	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Sozialversicherungsnummer	
In welchem Schuljahr wurde die allgemeine Schulpflicht (9. Schuljahr) abgeschlossen? z.B.: 2020/2021 oder 2021/2022	
Adresse	
PLZ, Ort	
Staatsangehörigkeit	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Bitte unbedingt alle Felder ausfüllen! Die Kursteilnehmerin/ der Kursteilnehmer verpflichtet sich, ihre/seine private E-Mail-Adresse anzugeben und auch verlässlich die E-Mails zu kontrollieren. Bei Änderungen der persönlichen Daten muss dieses umgehend bekannt gegeben werden.

**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)

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Reihung der Kursteilnehmer 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, die erforderliche Vertrauenswürdigkeit sowie ausreichende Deutschkenntnisse 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)
- 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 Sarah Muschl, Kremser Gasse 20, 3100 St. Pölten bzw. per E-Mail an [muschl@noe.zahnaerztekammer.at](mailto:muschl@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.**