

**Antrag auf Genehmigung einer Fachpraktikumsstelle
zur Absolvierung eines Wahlpflichtpraktikums
im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege
im LKH Wolfsberg**

Ich ersuche um Genehmigung eines unentgeltlichen Praktikums im LKH Wolfsberg

an der Abteilung/Bereich:

von:

bis:

Personaldaten

Familienname(n):

Vorname(n):

Akad. Grad (Titel):

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

Geschlecht:

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

derzeit in Ausbildung (Institution):

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

derzeit in Ausbildung zum/zur (Berufsbezeichnung):

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

Semester/Abj.:

Matrikelnummer:

Praktikumsbereich:

Berufspraktikum (1-5):

Stunden geplant:

Geteiltes Praktikum:

JA

NEIN

wenn JA Pause von:

bis:

Grund der Pause:

Bitte senden Sie diesen Antrag u. ein Passfoto (JPG-Format) an praktikum.wolfsberg@kabeg.at

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