

**Antrag auf Genehmigung einer Praktikumsstelle  
zur Absolvierung eines Praktikums  
im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe,  
Medizinische Assistenzberufe und weiteren  
Gesundheitsberufen in der Gailtalklinik**

**Ich ersuche um Genehmigung eines unentgeltlichen Praktikums in der Gailtalklinik  
an der Abteilung/Bereich:**

von:

bis:

---

**Personaldaten**

Familienname(n):

Vorname(n):

Akad. Grad (Titel):

Geschlecht:

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

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**

voraussichtliches Ende der Ausbildung (Jahr):

Bereits beschäftigt bzw. Mitarbeiter\*in:

derzeit in Ausbildung (Institution):

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

derzeit in Ausbildung zum/zur (Berufsbezeichnung):

(bei nicht vorhandener Auflistung Freitext)

Semester/Abj. zum **Praktikumszeitpunkt**:

Matrikelnummer:

Praktikumsbereich:

Berufspraktikum (1-9):

Stunden geplant:

Geteiltes Praktikum:

JA

NEIN

wenn JA Pause von:

bis:

Grund der Pause:

**Bitte senden Sie den Antrag an [office.gailtalklinik@kabeg.at](mailto:office.gailtalklinik@kabeg.at)**

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