



## Aufnahmeansuchen Interdisziplinärer Lehrgang in Palliative Care 2024/2025

***Letzter Abgabetermin: 31. Juli 2024***  
***Es werden nur vollständige Unterlagen angenommen***

Der/Die Unterfertigte (Nachname) \_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ erklärt

momentan als \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ beschäftigt zu sein

Gesundheitsbezirk/ Institut/ Struktur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

mit der Qualifikation \_\_\_\_\_

bei der Funktionseinheit/beim Dienst \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

den Beruf über ein Zeitraum von (Jahren/Monaten) ausüben \_\_\_\_\_

Jahren                      Monaten  
(bis 31.05.2024)

seine Motivation an diesem Kurs teilzunehmen

---

---

---

---

---

---

---

---

alle Bedingungen der Ausschreibung zu akzeptieren.

**Beilegen**

Kopie der Identitätskarte

---

*Datum*

---

*Unterschrift*