



Universitätsklinikum Ulm
Akademie für Gesundheitsberufe
Schulen für MTA
Schlossstraße 42
89079 Ulm



- ◆ Bitte füllen Sie diesen Antrag **vollständig** am PC oder in Druckschrift aus.
- ◆ Zutreffendes bitte ankreuzen.
- ◆ Verwenden Sie für Ihre Bewerbung bitte **keine** Schnellhefter, Mappen, Prospekthüllen o.Ä.
- ◆ Nummerieren Sie alle beigelegten Unterlagen rechts oben fortlaufend durch.
- ◆ **Bewerbungskosten werden nicht erstattet!**

Aufnahmeantrag für die Ausbildung zur/ zum Medizinisch-technischen Assistenten/ in

Fachrichtung: Funktionsdiagnostik Labor Radiologie

Ausbildungsbeginn (Jahr): _____

Bitte beachten Sie, dass die Bewerbung für einen Ausbildungsplatz und die Bewerbung für einen Studienplatz zwei getrennte Verfahren sind. Die Auswahl der Studierenden erfolgt frühestens im Laufe des 3. Ausbildungsjahres.

Beachten Sie bitte, dass die Unterlagen nicht zurückgesendet werden. Senden Sie daher **keine Originale** ein. Die Unterlagen werden nach Abschluss des Auswahlverfahrens vernichtet. Bitte legen Sie folgende Unterlagen Ihrer Bewerbung bei:

1. Anschreiben (mit Angabe der Beweggründe)
2. lückenloser, tabellarischer Lebenslauf + aktuelles Foto (Ausdruck oder Kopie ausreichend)
3. Kopie der Geburtsurkunde
4. Schulabgangszeugnis, ggf. Zwischenzeugnis (Kopie)
5. ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung, die nicht älter als 2 Monate ist
6. Nachweise/Zeugnisse über Ihre Berufstätigkeiten, Zeugnisse über praktische Tätigkeiten, sonstige Zeugnisse (Kopien)

Unvollständige Anträge können leider **nicht** bearbeitet werden!

1. Persönliche Angaben

Nachname	Vorname
Geburtsname	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift: Straße	PLZ, Ort
Bundesland und Landkreis	
Staatsangehörigkeit	Telefon (Festnetz)
E-Mail-Adresse	Telefon (Mobil)

Wiederbewerbung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Zeitpunkt:
Stellen Sie einen Antrag auf soziale Härte?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Begründung in Anlage Nr.
Aktuelle Erkrankungen/ Behinderungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ärztliches Attest in Anlage Nr.
Liegen gerichtliche Vorstrafen vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Angaben zu Straftat in Anlage Nr.

2. Schulabschluss

(bitte tragen Sie Ihren höchsten Schulabschluss sowie das Jahr des Abschlusses - wenn auch erst geplant - ein)

<input type="checkbox"/> Allg. oder fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss, welcher?	Jahr des Abschlusses:

3. Schulnoten

1. Legen Sie als Anlage bei: Eine Kopie des Abschlusszeugnisses oder des letzten Zwischenzeugnisses.
2. Falls die angeführten Fächer in Ihrem Zeugnis nicht enthalten sind, legen Sie bitte das Zeugnis bei, in dem diese Fächer zuletzt aufgeführt waren (sofern unterrichtet).
3. Tragen Sie für jedes Fach entweder die letzte Note oder die letzten Punkte ein.
4. Ausländische Zeugnisse müssen in übersetzter und beglaubigter Form vorliegen. Die Noten müssen in das deutsche Notensystem übertragen sein! Die Zeugnisanerkennungsstelle für in Baden-Württemberg wohnende Bewerber ist das Regierungspräsidium Stuttgart, Abt. Schule und Bildung, Postfach 103642, 70031 Stuttgart.

Fach	wurde/ wird abgeschlossen in Klasse	letzte Note/ Punktzahl	Nachweis in Anlage Nr.
Deutsch			
Englisch			
Physik			
Chemie			
Biologie			
Mathematik			

4. Berufliche Ausbildung

von	bis	Tätigkeit als	Anlage Nr.

5. Berufliche Weiterbildungen, Praktika, Zivildienst, BuFDi, Wehrdienst, etc.

von	bis	Tätigkeit als	Anlage Nr.

6. Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche oder unwahre Angaben zum Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren führen.	Ort, Datum, Unterschrift der/ des Antragsstellerin/s
--	--

Bei BewerberInnen unter 18 Jahren:

Ich bin mit der Bewerbung meiner Tochter/ meines Sohnes einverstanden.	
Vorname, Name des Erziehungsberechtigten	Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte vergessen Sie nicht die Anlagen einzureichen!



ANLAGE Ihr Weg zu uns

Dieses Blatt hat keinen Einfluss auf Ihre Bewerbung und wird lediglich für unsere interne Statistik ausgewertet.

Fachrichtung: Funktionsdiagnostik Labor Radiologie

Nachname	Vorname
Datum Ihrer Bewerbung	
Name Ihrer letzten Schule	Ort der Schule

Haben Sie bereits eine Ausbildung

<input type="checkbox"/> abgeschlossen, welche?	<input type="checkbox"/> abgebrochen, welche?
---	---

Haben Sie bereits ein Studium

<input type="checkbox"/> abgeschlossen, welches?	<input type="checkbox"/> abgebrochen, welches?
--	--

Kannten Sie die Akademie schon, als Sie sich zu dieser Ausbildung entschlossen haben? Nein Ja

Wie sind Sie auf die Akademie für Gesundheitsberufe aufmerksam geworden?

Empfehlung durch	persönlicher Kontakt mit Akademie	Agentur für Arbeit:
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Absolventen/in <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Lehrkraft <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Schnuppertag an der Schule für <input type="checkbox"/> Tag der offenen Tür, Jahr? <input type="checkbox"/> Infomesse, Ort: _____ <input type="checkbox"/> Vortrag an Ihrer Schule <input type="checkbox"/> Praktikum am Uniklinikum, Abt.: _____ <input type="checkbox"/> FSJ/ BuFDi am Uniklinikum, Abt.: _____ <input type="checkbox"/> Schulkooperation mit Ihrer bisheriger Schule <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Beratung, Ort: _____ <input type="checkbox"/> Vortrag im BiZ, Ort: _____ <input type="checkbox"/> Infomaterial, Ort: _____ Internet: <input type="checkbox"/> unser Webauftritt <input type="checkbox"/> google-Recherche nach: _____ <input type="checkbox"/> unser Facebookauftritt <input type="checkbox"/> MeineStadt.de <input type="checkbox"/> Sonstige:
Platz für weitere Möglichkeiten:		

Was ist ausschlaggebend, dass Sie sich an der Akademie für Gesundheitsberufe bewerben?

Wie kam dieser Berufswunsch zustande?

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Bewerbungskosten leider nicht erstatten können!