



Universitätsklinikum Ulm
Akademie für Gesundheitsberufe
Schule für Operationstechnische Assistenz
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 Operationstechnischen Assistentin/ Assistenten

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.

Bitte beachten Sie, 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 (ausreichend Ausdruck oder Kopie)
3. Schulabgangszeugnis, ggf. Zwischenzeugnis (Kopie)
4. Nachweise/Zeugnisse über Ihre Berufstätigkeiten, Zeugnisse über praktische Tätigkeiten, sonstige Zeugnisse (Kopien)
5. Geburtsurkunde (Kopie)
6. ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung

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

1. Persönliche Angaben

| | | |
|---|---|--|
| Nachname | Vorname | |
| Geburtsname | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | |
| Anschrift: Straße | PLZ, Ort | |
| Staatsangehörigkeit | telefonisch erreichbar unter | |
| E-Mail-Adresse | Bitte geben Sie eine gültige E-Mail-Adresse an, da Sie per Email über Ihren Bewerberstatus informiert werden. | |
| 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

- Legen Sie als Anlage bei: Eine Kopie des Abschlusszeugnisses oder des letzten Zwischenzeugnisses.
- 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).
- Tragen Sie für jedes Fach entweder die letzte Note oder die letzten Punkte ein.
- Ausländische Zeugnisse müssen in übersetzter und beglaubigter Form vorgelegt werden und von einer Zeugnisanerkennungsstelle (Regierungspräsidium Stuttgart) einem deutschen Schulabschluss gleichgestellt sein.

| Fach | wurde/ wird abgeschlossen in Klasse | letzte Note/ Punktzahl | Nachweis in Anlage Nr. |
|---|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Deutsch | | | |
| Englisch | | | |
| Gemeinschafts-/ Sozialkunde | | | |
| Physik | | | |
| Chemie | | | |
| Biologie | | | |
| Mathematik | | | |
| Bitte berechnen Sie Ihren Durchschnitt: | | | |

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!



7. Ihr Weg zu uns

Dieser Fragebogen hat keinen Einfluss auf Ihre Bewerbung und wird lediglich für unsere interne Statistik ausgewertet.

| | |
|---------------------------|----------------|
| 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: <hr/> Internet: <input type="checkbox"/> unser Webauftritt <input type="checkbox"/> google-Recherche nach: <input type="checkbox"/> unser Facebookauftritt <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!