

## Antrag auf Genehmigung einer Praktikumsstelle zur Absolvierung eines Praktikums im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Medizinische Assistenzberufe und weiteren Gesundheitsberufen im Klinikum Klagenfurt

Ich ersuche um Genehmigung eines unentgeltlichen Praktikums im Klinikum Klagenfurt  
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 u. ein Passfoto (JPG-Format) für Ihre Zutrittskarte an [praktikum.klinikum@kabeg.at](mailto:praktikum.klinikum@kabeg.at)

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