

## BEWERBUNGSFORMULAR 2025

# Advanced Nursing Practice (ANP)

FH-Zertifikat zur Weiterbildung (40 ECTS)

Bitte  
**Lichtbild**  
einkleben  
Danke!

### ZUR PERSON

Titel.....Vorname.....Familienname.....  
Geburtsdatum.....Sozialversicherungsnummer.....  
Familienstand..... männlich  weiblich  divers  
Geburtsort.....Staatsbürgerschaft.....  
PLZ.....Ort.....Staat.....  
Straße/Hausnummer.....  
Mobil/Telefon.....Fax.....  
E-Mail.....

**Präsenzdienst/Zivildienst** abgeleistet von.....bis.....

**Lehrabschluss**  Ja  Nein

### Ich bewerbe mich für das Zertifikat:

Pflege von Menschen mit

- Diabetes
- Gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Schwerpunkte: Demenz, Delir)
- Herzinsuffizienz
- Krebserkrankungen (Cancer Nurse)
- Pulmologischen Erkrankungen (Respiratory Nursing)
  
- Familienorientierte/gemeindeorientierte Pflege (Family Health Care/  
Community Health Care)
- Kultursensible Pflege
- Netzwerkarbeit/Versorgungssysteme im Gesundheits- und Sozialbereich

**ZUR AUSBILDUNG** (Zutreffendes bitte ergänzen mit Datum: TT.MM.JJJJ)

**Abschluss in diplomierter Gesundheits- und Krankenpflege**

Bezeichnung und Adresse der Ausbildungsstelle, Diplomdatum.....  
.....

**Universitäts- oder Hochschulabschluss**

Bezeichnung und Adresse der Ausbildungsstelle.....  
.....  
Schwerpunkt.....  
abgeschlossen am.....

**Allgemeine Hochschulreife** (Matura, Berufsreifeprüfung, ...)

Bezeichnung und Adresse der Ausbildungsstelle.....  
.....  
gewählter Zweig.....  
abgeschlossen am.....

**Studienberechtigungsprüfung**

Bezeichnung und Adresse der Ausbildungsstelle.....  
.....  
Studienberechtigungsprüfung für das Fach.....  
abgeschlossen am.....

**Sonder- und Weiterbildungen nach GuKG, Universitätslehrgänge**

Bezeichnung der Ausbildungsstelle	gewählter Zweig/Fachgebiet	abgeschlossen am

## ZUR BERUFSERFAHRUNG (umgerechnet auf eine 40-Stunden-Woche)

Dienstgeber/Adresse	beschäftigt von/bis; Anzahl der Wochenstunden	beschäftigt als

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

<b>Beginn des FH-Lehrgangs:</b>	28. Jänner 2025 bei ausreichenden Anmeldezahlen (mind. 15 Personen)
<b>Studienform:</b>	berufsbegleitend
<b>Termine:</b>	Ausbildungsblöcke (je 1 bis 3 Tage)
<b>Veranstaltungsort:</b>	FH OÖ, Campus Linz
<b>Kosten:</b>	€ 4.500,- (exkl. Prüfungsgebühr, Unterlagen und Verpflegung)
<b>Anmeldungs- und Zahlungsbedingungen:</b>	<b>Die Anmeldung ist bindend.</b> Die Zertifikatskosten sind vor Beginn der Weiterbildung zu bezahlen. Teilzahlungen sind auf Anfrage möglich.
<b>Abmeldungs- und Austrittsbedingungen:</b>	Bei Anmelderrücktritt bis 28. Nov. 2024 wird keine Stornogebühr verlangt. Erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt die Stornierung seitens des*der Zertifikatsteilnehmers*in bzw. steigt der*die Zertifikatsteilnehmer*in aus dem Programm aus, so beträgt die Stornogebühr 100% des gesamten Weiterbildungsbeitrages.

## BEWERBUNG

**Bewerbungen sind laufend möglich.**

**Folgende Unterlagen benötigen wir für Ihre Anmeldung:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Diploms bzw. der Zeugnisse der Ausbildungen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich | <input type="checkbox"/> Kopien sonstiger Nachweise relevanter beruflicher Qualifikation (falls zutreffend) |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Geburtsurkunde   | <input type="checkbox"/> Kopie Reifeprüfungszeugnis (falls zutreffend)                                      |
| <input type="checkbox"/> Kopie von Staatsbürgerschaftsnachweis oder Reisepass   | <input type="checkbox"/> Kopie Dienstzeugnis (falls vorhanden)  |
| <input type="checkbox"/> Tabellarischer Lebenslauf  |   |
| <input type="checkbox"/> Foto (auf Seite 1 einfügen)  |   |

Bitte senden Sie den **vollständig ausgefüllten Anmeldebogen mit den gescannten Unterlagen per E-Mail** an [col3@fh-ooe.at](mailto:col3@fh-ooe.at). Natürlich können Sie die Unterlagen auch per Post übermitteln:

FH OÖ Studienbetriebs GmbH  
Center of Lifelong Learning  
z.H. Mag.<sup>a</sup> Claudia Zweckmair  
Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria  
T: +43 (0)50804-54200

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falsche bzw. unvollständige Angaben können zum Verlust des Studienplatzes führen. Sie verpflichten sich, eventuelle Änderungen ehest möglich bekannt zu geben. Im Weiteren bestätigen Sie hiermit, die Anmeldungs- und Zahlungsbedingungen sowie die Abmeldungs- und Austrittsbedingungen gelesen zu haben und akzeptieren diese mit Ihrer Unterschrift.

Die von Ihnen bereitgestellten Daten sind erforderlich, um Ihre Bewerbung sowie ggfs. in weiterer Folge den Abschluss eines Ausbildungsvertrages zu behandeln. Ihre Daten werden für die formelle Prüfung der Zugangsvoraussetzung des gewünschten Lehrganges verwendet und bei Aufnahme in den Studierendenausschuss übernommen. Falls keine Aufnahme erfolgt, werden Ihre in diesem Formular bereitgestellten Daten innerhalb von 36 Monaten ab Ende des betreffenden Aufnahmeverfahrens gelöscht. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Hiermit willigen Sie ein, dass Ihre personenbezogenen Daten (Foto, Name, Adresse und Kontaktdaten) in die TeilnehmerInnen-Liste für diesen Lehrgang aufgenommen werden. Diese Liste wird allen Teilnehmer\*innen und Lektor\*innen dieses Lehrganges zur Verfügung gestellt. Sie erklären auch, dass Sie als betroffene Person vor Abgabe dieser Einwilligung darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass Sie gemäß Art. 7 DSGVO das Recht haben, die Einwilligung jederzeit unter [col3@fh-ooe.at](mailto:col3@fh-ooe.at) schriftlich zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf bleibt davon unberührt. **(Bei Einwilligung bitte ankreuzen!)**

Weitere Informationen – insbesondere zu Ihren Betroffenenrechten – finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.fh-ooe.at/datenschutz/>.

Datum.....Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers:.....