**FRAGEBOGEN**

**Bewerbung gewidmete Medizinstudienplätze**

**Gewünschter Studienort (bitte nur eine Universität auswählen!)**

[ ]  Medizinische Universität Graz

[ ]  Johannes Kepler Universität Linz

[ ]  Medizinische Universität Innsbruck

[ ]  Medizinische Universität Wien

**Bearbeitungsnummer für Online-Anmeldung zum MedAT:**

**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nachname/n |       | [ ]  weiblich[ ]  männlich |
| 2 | Vorname/n |       |
| 3 | Früher geführte Namen |       |
| 4 | Akad. Grad/e, Titel |       |
| 5 | Adresse | PLZ:       Ort:      Straße:       |
| 6 | Telefonnummer |       |
| 7 | E-Mail-Adresse |       |
| 8 | Geburtsdatum | Tag:       Monat:       Jahr:       |
| 9 | Versicherungsnummer |       |
| 10 | Geburtsort/-land | Ort:       Land:       |
| 11 | Staatsbürgerschaft |       |
| 12 | Muttersprache |       |
| 13 | Personenstand | [ ]  ledig [ ]  Lebensgemeinschaft[ ]  eingetragene Partnerschaft | [ ]  verheiratet [ ]  geschieden[ ]  verwitwet |
| 14 | Präsenz-/Zivildienst | [ ]  geleistet [ ]  nicht geleistetvon/bis:       |
| 15 | Daten Eltern | Mutter | Vor- und Familienname |       |
| Geburtsdatum |       |
|  | Vater | Vor- und Familienname |       |
| Geburtsdatum |       |
| 16 | Gatte/Gattin bzw. eingetragene/r Partner/in | Vor- und Familienname |       |
| Geboren am |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17 | Kinder | Vor- und Nachname | m/w | Kind, Wahl-,Stief-, Pflegekind | Versicherungsnummerbzw. Geb.-Datum | Staats-bürgerschaft |
|       |   |       |       |       |
|       |   |       |       |       |
|       |  |       |       |       |
| 18 | Sind Sie mit Bediensteten oder mit Versicherungsvertreter/innen im Verwaltungsrat bzw. in einem Landesstellenausschuss verwandt oder verschwägert?(Adoptionsverhältnisse sind ebenfalls bekannt zu geben!) | [ ]  ja [ ]  neinName:      Verwandtschaftsgrad:       |

**Schul- und Berufsausbildung** (zeitlich aufsteigend geordnet)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19 | Bezeichnung der Schule, Berufsschule,Fachhochschule, Universität/Studienrichtung | Ort | von/bis | Anzahl der Klassen/Semester |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Kenntnisse bzw. Fertigkeiten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20 | Abgelegte Prüfungen, zusätzliche Ausbildungen(z. B.: erlernter Beruf, Matura, Zertifikate, Diplome, Facharztanerkennung)Inklusive Ausstellungs- bzw. Abschlussdatum! |       |
|       |
|       |
|       |
| 21 | Fremdsprachen | Bezeichnung | Grundkenntnisse | Fortgeschrittene Kenntnisse |
|       | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  |
| 22 | EDV Kenntnissezutreffendes bitte ankreuzen | [ ]  MS Word [ ]  MS Excel [ ]  MS Power Point [ ]  ECDL [ ]  SAP |
| Weitere EDV-Kenntnisse bitte hier anführen: |       |
| 23 | Führerschein | [ ]  Ja [ ]  NeinGruppen:       |

**Bisherige Beschäftigungen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24 | Name der Firma | Ort | Art der Beschäftigung/Verwendung(Angabe der Wochenstunden) | von/bis (TT/MM/JJ) |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |

**Sonstiges**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 25 | Üben sie noch eine andere Beschäftigung (nebenberufliche Erwerbstätigkeit) aus? | [ ]  ja [ ]  nein Seit:      Firma/Tätigkeit:       |
| 26 | Üben Sie ein öffentliches Mandat (Landtag, Gemeinderat, Arbeiterkammer, Gewerkschaft, Betriebsrat) aus? | [ ]  ja [ ]  neinSeit:       Dzt. Funktion:       |
| 27 | Wurde über Ihr Vermögen der Konkurs eröffnet? | [ ]  ja [ ]  neinWann wurde das Verfahren beendet?       |
| 28 | Stehen Sie unter Sachwalterschaft? | [ ]  ja [ ]  nein |
| 29 | Ist gegen Sie ein Strafverfahren anhängig? | [ ]  ja [ ]  nein |
| 30 | Sind Sie gerichtlich vorbestraft? | [ ]  ja [ ]  nein |
| 31 | Wurden Sie in einem früheren Dienstverhältnis von einem Sozialversicherungsträger entlassen (keine Dienstgeber-Kündigung)? | [ ]  ja [ ]  nein |

Ich erkläre vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben und diese mit den entsprechenden Unterlagen nachzuweisen. Weiters verpflichte ich mich, jede künftige Änderung derselben im Wege meiner Dienststelle der ÖGK (Personalabteilung) zu melden.

 [ ]  ja [ ]  nein

Ich ermächtige die Österreichische Gesundheitskasse bei dienstlicher Notwendigkeit (z. B. wegen Anrechnung von Vordienstzeiten) zur Einsichtnahme in meine personenbezogenen Daten im Kataster des Dachverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

 [ ]  ja [ ]  nein

 Ort Datum Unterschrift

Soweit der/die Dienstnehmer/in zum Zeitpunkt der Unterfertigung des Dienstvertrags noch nicht volljährig ist (das 18. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet), ist zusätzlich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin erforderlich.

 Ort Datum Unterschrift