

Ordinationsassistentenz

Anmeldung zur Ausbildung

Kurs Nr. **0657** (von..... -)



Titel/Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ, Ort:

SV Nummer/Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsbürgerschaft:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Ich bestätige, dass

1. ich die praktische Ausbildung im Rahmen eines die Vollversicherung nach dem ASVG begründenden Dienstverhältnisses gemäß § 25 MABG absolvieren werde. Voraussetzungen (jeweils für die gesamte Dauer des Lehrgangs):
- 1.1. ein Dienstverhältnis zu einem niedergelassenen Arzt, einer ärztlichen Gruppenpraxis, Ambulanz, einem selbständigen Ambulatorium, einer Sanitätsbehörde oder einer nicht bettenführenden Organisationseinheit einer Krankenanstalt, in welchem alle in der Ausbildung vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden
 - 1.2. ein monatliches Entgelt aus dem Dienstverhältnis über der Geringfügigkeitsgrenze

oder

2. ich den Lehrgang (gemäß § 23 MABG) über das AMS besuchen werde und die praktische Ausbildung im Rahmen eines Volontariats absolvieren werde. Voraussetzungen (jeweils für die gesamte Dauer des Lehrganges):
- 2.1. Bezug von Arbeitslosengeld (oder einer anderen der in § 8 Abs 1 Z 2 lit. b ASVG genannten Geldleistungen und Beihilfen) und Kurskostenübernahme des AMS (Nachweis an WIFI OÖ GmbH)
 - 2.2. ein Volontariat bei einem niedergelassenen Arzt, einer ärztlichen Gruppenpraxis, Ambulanz, einem selbständigen Ambulatorium einer Sanitätsbehörde oder einer nicht bettenführenden Organisationseinheit einer Krankenanstalt, in welchem alle in der Ausbildung vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden.

Ein Wechsel zwischen beiden Varianten während des Lehrganges ist möglich (bei Vorlage einer neuen Bestätigung)

3. Punkt 1 und 2 treffen auf mich nicht zu. Auf mich trifft folgende Situation zu:

.....

Ich verpflichte mich, etwaige Änderungen im Laufe der Ausbildungsdauer dem WIFI unverzüglich zu melden.

.....

Datum

.....

Unterschrift