

Dienstgeber – Bestätigung Heilmasseur/in



Beschäftigung zum Zwecke der Fortbildung bei Ausbildung im Ausland

Allgemeine Information

Beilage zum Antrag auf Bewilligung der Tätigkeit zu Fortbildungszwecken einer im Ausland staatlich anerkannten absolvierten Ausbildung in einem Gesundheits- und Krankenpflegeberuf

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht
Landhausplatz 1, Haus 15b
3109 St. Pölten
E-Mail: post.gs4@noel.gv.at

Institution

* Krankenanstalt Arzt sonstige Einrichtung

Name * _____

Adresse

Straße * _____

Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Ansprechperson * _____

Telefon * _____

E-Mail _____

Bestätigung

Es ist beabsichtigt, * Frau Herrn

Titel vorgestellt _____

Vorname * _____

Familienname * _____

Titel nachgestellt _____

Geburtsdatum * _____

zum Zwecke der Fortbildung als * _____

für die Höchstdauer von 6 Monaten zu beschäftigen (§ 44 Medizinischer Masseur und Heilmasseurgesetz).

Sie/Er wird folgende Tätigkeit ausführen (genaue Beschreibung): *

Die/Der Beschäftigte besitzt ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift sowie grundlegendes Wissen in den berufsspezifischen Fächern um den an sie/ihm gestellten Anforderungen (siehe Beschreibung der Tätigkeiten) gerecht zu werden.

Datenschutzerklärung

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noe.gv.at/datenschutz abrufbar.

Hinweise

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Unterschrift

Datum, Unterschrift (firmenmäßige Zeichnung)

(entfällt bei digitaler Signatur)