

BEWERBUNG

Dienstort:

Verwaltungsangestellte/r Arzt / Ärztin

Medizinisches Personal

(DGKP, MTA, Physiotherapeut/in etc.)

Reinigungskraft Ferialaushilfe, Urlaubsaushilfe

Facharbeiter/in

.....

Vor- und Familienname (akad. Grad):

Geburtsdatum, -ort:

Wohnadresse:

Tel.Nr.: E-Mail-Adresse:

Staatsbürgerschaft: Familienstand: ledig

Sozialversicherungsnummer: verheiratet seit

Eingetragene Partnerschaft
seit

Daten der Gattin / des Gatten bzw. der Partnerin / des Partners

Vor- und Familienname:

Geburtsname: Geburtsdatum, -ort:

Daten der Kinder:

Kind wohnt im gemeinsamen Haushalt

Name: Geburtsdatum: ja nein

Nebenberufliche Erwerbstätigkeit: ja nein

- Wenn ja: Selbstständige Erwerbstätigkeit Unselbstständige Erwerbstätigkeit

Art der Tätigkeit:

Arbeitgeber/in:

Adresse:

- Nebenberufliche Erwerbstätigkeit von Ärzten / Ärztinnen (§ 11 DO.B)

Privatpraxis belegärztliche Tätigkeit:

Adresse:

Wöchentlicher Zeitaufwand:

- Öffentliche Funktion: ja nein

Funktion und Höhe des Bezuges:

Auszahlende Stelle:

Wurde bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgestellt? ja nein

Wenn ja: Ausmaß: %,

Nachweis (ausstellende Behörde):

Ausstellungsdatum:

Allgemeines:

- Ist für Sie ein/e Erwachsenenvertreter/in bestellt oder ist über Ihr Vermögen der Konkurs eröffnet? ja nein
- Sind Sie rechtskräftig strafrechtlich / disziplinarrechtlich verurteilt worden? ja nein
- Wurde gegen Sie wegen einer gerichtlich / disziplinarrechtlich strafbaren Handlung eine Vorerhebung durchgeführt oder eine Voruntersuchung eingeleitet? ja nein
- Sind Sie aus dem Dienst eines Sozialversicherungsträgers oder eines sonstigen Arbeitgebers entlassen worden? ja nein
- Sind Sie mit Mitarbeiter/innen oder Versicherungsvertreter/innen der BVAEB verwandt oder verschwägert? ja nein
(wenn ja, mit wem und in welchem Grad?)
.....

Folgende Unterlagen bitte anschließen:

Tabellarischer Lebenslauf, Passbild
Zeugnisse (Schul- bzw. Berufsausbildung) in Kopie
Diplome, Dienst-/Arbeitszeugnisse in Kopie
Ergänzend für Ärztinnen/Ärzte:
DFP-Diplom bzw. zahnärztliches Fortbildungsdiplom (ZFD)
Ergänzend für weitere Angehörige von Gesundheitsberufen:
Gesundheitsberuferegisterauszug, Fortbildungsnachweise in Kopie

Frühestmögliches Eintrittsdatum:

.....

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben am Bewerbungsbogen bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift

Einverständnis:

Mit meiner Bewerbung stimme ich zu, dass meine Daten von der BVAEB erfasst und für einen Zeitraum von zwölf Monaten für künftig zu besetzende Stellen in Evidenz gehalten werden. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Freiwilliges erweitertes Einverständnis:

(Wird kein Einverständnis gegeben, hat dies keine Auswirkung auf das Bewerbungsverfahren)

Sollte es zu einem Dienstverhältnis mit der BVAEB kommen, erkläre ich mich mit Folgendem einverstanden:

- Anforderung eines Versicherungsdatenauszeuges durch die Personalabteilung der BVAEB
- Veröffentlichung meines Fotos zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit (Intranet der BVAEB, Webseite der BVAEB)

Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO:

Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich mittels Brief an die Personalabteilung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), Josefstädter Str. 80, 1080 Wien oder per Mail an personalwesen@bvaeb.at teilweise oder ganz widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs dieser – oder Teile dieser – Einverständniserklärung erfolgt keine weitere Verarbeitung Ihrer Daten.

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

geboren am: _____

mich damit einverstanden, dass meine oben genannten personenbezogenen Daten für die Dauer der Evidenzhaltung von der BVAEB verarbeitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift
