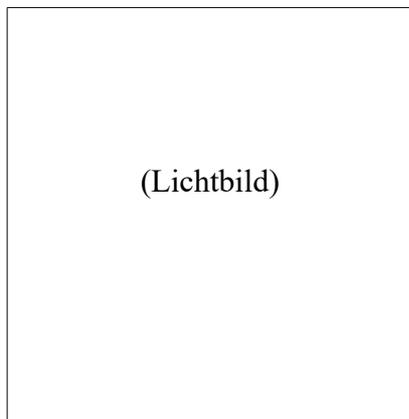


Staatliches Berufliches Schulzentrum für Gesundheitsberufe
am Klinikum der Universität München
Heinz-Goerke-Str. 5, 81377 München



Bewerbungsbogen



Name:

Staatsangehörigkeit:

Vorname:

Familienstand:

geboren am:

geboren in:

Straße:

Telefon: Fax:

PLZ und Ort:

e-Mail:

Schulbildung:

Schulart: _____
(z.B. Mittelschule, Realschule,
FOS, BOS, Gymnasium)

Abschluss: _____
(z.B. Mittelschulabschluss,
qualifizierender Hauptschul-
abschluss, Mittlere Reife, fach-
gebundene Hochschulreife,
allgemeine Hochschulreife)

im Jahr: _____

Berufsausbildung: _____ Abschluss im Jahr: _____

Studium: _____ Abschluss im Jahr: _____

Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr, Praktika, Bundeswehr (bitte ankreuzen)

von: _____
(Monat, Jahr)

bis: _____
(Monat, Jahr)

Ich versichere die Richtigkeit der obigen Angaben und erkenne die Richtlinien zu Bewerbung und Ausbildung an, **insbesondere die in § 6 der Schulsatzung** (siehe auch "Pflichten der Schüler") geforderten Voraussetzungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigter