**Staatliches Berufliches Schulzentrum für Gesundheitsberufe**

**am Klinikum der Universität München**

**Heinz-Goerke-Str. 5, 81377 München**

| | | |
|---|---|---|
| (Lichtbild) | **Bewerbungsbogen** | Eingangsstempel der BFS |

Name: _____ Geburtsort: _____

Vorname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Geboren am: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ Telefon (Festnetz): _____

PLZ: _____ Handynummer: _____

Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____

Schulbildung:

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

Abschluss:_____im Jahr: _____
(z.B. qualifizierender Mittelschulabschluss, Mittlerer Schulabschluss, Fachabitur, Abitur)

Evtl. Berufsausbildung als:_____Abschluss im Jahr: _____

Evtl. Studium:_____Abschluss im Jahr: _____

Ich versichere die Richtigkeit der obigen Angaben.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift, Bewerber*in

_____
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigte