

# 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](mailto: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](http://www.noe.gv.at/datenschutz) abrufbar.

### **Hinweise**

Bitte laden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch und wählen Sie die Dienststelle „Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht“ aus!

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

### **Unterschrift**

Datum, Unterschrift (firmenmäßige Zeichnung)

\_\_\_\_\_  
(entfällt bei digitaler Signatur)