

# Dienstgeber – Bestätigung gehobene medizinisch-technische Dienste



## 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 2 Jahren zu beschäftigen (§ 9 MTD-Gesetz).

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**

Gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet werden. Für den Auftraggeber, das Amt der NÖ Landesregierung, ist dazu beim Datenverarbeitungsregister unter DVR:0059986/117 eine Datenanwendung zu diesem Zwecke registriert.

### **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)