

Antrag auf Eintragung in das GBR – OTA



GESUNDHEITSBERUFE REGISTER

v = verpflichtende Daten für vollständigen Antrag **ö** = öffentliche Daten * sofern anwendbar
Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte dem Beiblatt Ausfüllhilfe.

1 Ich stelle den Antrag auf Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als Diplomierte Operationstechnische Assistentin – Diplomierter Operationstechnischer Assistent **v ö**

Antragsteller/-in

Geschlecht **v ö** ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Vorname(n) **v ö**

Familienname(n) **v ö**

akademische(r) Grad(e) vor dem Namen **ö**

akademische(r) Grad(e) nach dem Namen **ö**

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) **v**

Geburtsname **v ***

Geburtsort **v**

Geburtsland **v**

Staatsangehörigkeit **v**

Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer **v**

E-Mail **v**

Durch Ausfüllen der obigen Felder (Telefonnummer, E-Mail) stimme ich zu, dass diese Daten zur Behördenkommunikation verwendet werden.

2 Adresse (Hauptwohnsitz)

Staat **v**

Postleitzahl **v** Ort **v**

Straße **v**

Hausnummer **v** Stiege/Tür*

3 Zustelladresse in Österreich

(wenn Sie Ihre Behörden-Post nicht an Ihren österr. Hauptwohnsitz zugestellt bekommen wollen bzw. wenn Sie keinen österreichischen Hauptwohnsitz haben)

c/o Firma/Organisation

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Zustellungsbevollmächtigte(r) in Österreich (bitte Zustellungsvollmacht beilegen und Adresse des/der Zustellungsbevollmächtigten bei Zustelladresse eintragen), **sofern keine eigene Zustelladresse in Österreich **v *****

Vorname(n)

Familienname(n)

4 Freiwillige Angaben für das öffentliche Register (diese können auf gbr.gv.at von jeder/jedem abgefragt werden)

Telefonnummer 

E-Mail 

Webadresse 

Fremdsprachenkenntnisse 

1.

2.

3.

4.

5 Angaben zu Ihrer Qualifikation

Art des Nachweises

Ort der Ausstellung

Datum der Ausstellung (TT.MM.JJJJ)

ausstellende Institution

Staat der beruflichen Erstqualifikation

6 Welche freiwilligen Daten möchten Sie eintragen? (wenn Sie diese veröffentlichen wollen)

Weitere Ausbildung

1.

Sozialbetreuungsberufe

2.

7 Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes und unter Berücksichtigung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe. 

Ort, Datum 

Unterschrift 

8 Bei der Antragstellung sind folgende Unterlagen im Original vorzulegen:

Identitätsnachweis: Reisepass oder Personalausweis

Staatsangehörigkeit: Reisepass oder Personalausweis

Ausbildungsabschluss/Qualifikationsnachweis(e):

Diplom, Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid

Vertrauenswürdigkeit: Strafregisterbescheinigung und Beiblatt

Gesundheitliche Eignung: ärztliches Zeugnis

Allfälliger Nachweis über die Kenntnis der deutschen Sprache

Foto

Unterschriftsblatt

Wenn erforderlich auch:

Zustellbevollmächtigte/r: Zustellvollmacht

Akademische Grade: Verleihungsurkunde

Bei Namensänderung(en) seit Erhalt des Abschlusses: Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde oder Nachweis freiwillige Namensänderungen etc.