Bestätigung über ein Dienstverhältnis und Einverständniserklärung zur Ausbildung als Desinfektions-, Röntgen-, Labor- oder Ordinationsassistenz

Ich/wir bestätige/n das Dienstverhältnis in meiner/unserer Praxis/Gruppenpraxis/Ambulatorium/ Sanitätsbehörde

von Frau/Herr

Nachname	Vorname	geboren am

Adresse	Postleitzahl, Ort

Geringfügig beschäftigt ☐ Ja ☐ Nein

Bei dualer Ausbildung hat der/die Dienstgeber/in laut der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 eine/n ausbildungsverantwortliche/n Arzt/Ärztin oder eine/n ausbildungsverantwortliche/n Angehörige/n des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und oder Radiologietechnologin für die praktische Ausbildung am Dienstort zu bestimmen. Die Teilung der Ausbildungsverantwortung auf zwei Personen ist zulässig.

Der/Die Ausbildungsverantwortliche hat den Kompetenzerwerb am Dienstort sicherzustellen und die Aufsicht über die Auszubildenden wahrzunehmen.

Jede Änderung des Arbeitgebers ist umgehend an das BFI der AK Vorarlberg GmbH zu melden.

Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis, dass oben angeführte/r Mitarbeiter/in die Ausbildung nach den gesetzlichen und allgemeinen Bestimmungen gemäß MAB-Gesetz, BGBl. I Nr. 89/2012 und der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 absolviert und mache/n als Ausbildungsverantwortlichen namhaft:

Frau/Herr

Stempel, Unterschrift	Datum

BFI der AK Vorarlberg GmbH, Widnau 2 – 4, 6800 Feldkirch, T + 43 (0) 5522 / 70200, service@bfi-vorarlberg.at, www.bfi-vorarlberg.at
FN 419834 d, Erfüllungsort und Gerichtsstand LG Feldkirch, DVR 3012673, UID-Nr. ATU68951912