

# Einstellungsbogen : Hiring Form

Herzlich Willkommen an der Medizinischen Universität Wien! Wir freuen uns, dass Sie Ihre Karriere bei uns beginnen. Bevor Sie an der „Zukunft der Medizin“ arbeiten können, müssen wir noch relevante Informationen einholen:

Welcome to Medical University of Vienna! We are delighted that you are about to start your career with us. Before you can get to work on "the future of medicine", we would like to know a few facts about you:

|  |  |  |   |                      |
|--|--|--|---|----------------------|
| <b>Kennzahl<sup>1</sup></b><br>Job number      |  | <b>Ehestmögliches Eintrittsdatum<sup>2</sup></b><br>Availability |   | PERSONAL INFORMATION |
| <b>Familienname</b><br>Surname                 |  | <b>Titel</b><br>Title / Suffix                                   |   |                      |
| <b>Vorname(n)</b><br>First / Middle name(s)    |  | <b>Nationalität</b><br>Citizenship                               |   |                      |
| <b>Geburtsdatum</b><br>Date of birth           |  | <b>SV-Nr.</b><br>Social security No.                             |   |                      |
| <b>Straße/Hausnr./Tür</b><br>Street/Number/Top |  | <b>Geschlecht</b><br>Sex / Gender                                | <input type="checkbox"/> f ♀<br><input type="checkbox"/> m ♂<br><input type="checkbox"/> divers |                      |
| <b>PLZ / Ort</b><br>Zip code / place           |  | <b>Telefon</b><br>Phone  |   |                      |
| <b>E-Mail-Adresse</b><br>E-Mail                |  |  |   |                      |

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie über eine der ausgewiesenen speziellen Qualifikationen verfügen:  
Please tick the box if you have a specialized qualification in any of the areas listed:

|  |                |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Humanmedizin</b><br>Medicine   | QUALIFICATIONS |
| <input type="checkbox"/> <b>Zahnmedizin</b><br>Dentistry   |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Laut Gesundheitsberuferegister (GBG §7):</b><br>According to the Austrian health care professions register |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstige spezielle Qualifikationen:</b>  |                |

Bitte nur ankreuzen, falls zutreffend (freiwillige Angabe):  
Please tick only if applicable (voluntary):

**Es liegt eine begünstigte Behinderung vor.**  
I am a registered person with a disability.

**Grad der Behinderung**  
degree of disability:

Sind Sie oder waren Sie bereits an der MedUni Wien beschäftigt?  
Are you currently or have you previously been employed by MedUni Vienna?

- Nein** / No  
 **Ja** / Yes

<sup>1</sup> Laut Stellenausschreibung; Can be found on the job ad.

<sup>2</sup> Der frühestmögliche Eintrittszeitpunkt zum heutigen Tag; The earliest date (from today) that you could start to work with us.

**Haben Sie eine andere/weitere Beschäftigung gleichzeitig zur Tätigkeit an der MedUni Wien?**  
Do you have another job / preoccupation besides MedUni Vienna?

- Nein** / No  
 **Ja** / Yes

**Falls ja/lf yes:**

|  |                      |  |  |  |                             |  |
|--|----------------------|--|--|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Karenz</b><br>Leave                | <b>Bis</b><br>Until  |  | <b>Art der Karenz</b><br>Type of leave |  |                             |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Anstellung</b><br>Employment       | <b>Seit</b><br>Since |  | <b>Arbeitgeber:in</b><br>Employer      |  | <b>Std./Woche</b><br>h/week |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Selbstständig</b><br>Self-employed |                      |  | <b>Tätigkeit</b><br>Type of work       |  | <b>Std./Woche</b><br>h/week |  |

OCCUPATION

**Sind Sie derzeit für ein PhD Studium an der Medizinischen Universität Wien eingeschrieben bzw. ist ein PhD Studium an der Medizinischen Universität Wien geplant?**  
Are you currently enrolled in a PhD program at the Medical University of Vienna or are you planning to do so?

- Nein** / No  
 **Ja, geplant** / Yes, planned  
 **Ja, eingeschrieben** / Yes, currently enrolled

Falls ja/lf yes:

- N094 PhD-Doktoratsstudium**  
Doctor of Philosophy
- N790 Doktoratsstudium der angewandten Medizinischen Wissenschaft**  
Doctoral Program of Applied Medical Sciences

PHD-STUDIES

**Die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angegebenen Informationen bestätige ich mit meiner Signatur. Mir ist bewusst, dass wahrheitswidrige Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen können.**

I hereby certify that the above information is true and complete. I am aware that any false statements may have legal consequences.

\_\_\_\_\_  
**Datum** / Date

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** / Signature