



An die
Abteilung Personal und Personalentwicklung
der Medizinischen Universität Wien
Spitalgasse 23/ Bauteil 88
1090 Wien

Personalblatt

Wintersemester Sommersemester

Lehrauftrag <input type="checkbox"/>	Werkvertrag Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/>	PrivatdozentIn <input type="checkbox"/>
OE:	OE:	OE:

TutorIn <input type="checkbox"/>	DemonstratorIn <input type="checkbox"/>
OE:	OE:

Stammdaten	
Zuname:	Vorname:
Frühere(r) Zuname(n):	
Staatsbürgerschaft:	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):
Versicherungsträger:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	

Privatadresse		
Straße/Hausnummer:		
Postleitzahl:	Ort:	Bundesland:
Staat:		Telefonnummer:
Mobiltelefon:		E-Mail:

Zustelladresse (falls abweichend von Privatadresse)		
Straße/Hausnummer:		
Postleitzahl:	Ort:	Land:

Akademische Grade (bitte Kopie/n der Verleihungsurkunde/n beilegen)	
Grad:	Verleihungsdatum: (TT.MM.JJJJ)
Grad:	Verleihungsdatum:
Grad:	Verleihungsdatum:



Lehrbefugnis (bitte Kopien der Verleihungsurkunde/n beilegen)				
Art der Lehrbefugnis:	<input type="checkbox"/>	DozentIn	seit:	(Format: TT.MM.JJJJ):
	<input type="checkbox"/>	GastprofessorIn	seit:	
	<input type="checkbox"/>	HonorarprofessorIn	seit:	
	<input type="checkbox"/>	Ordinarius/Ordinaria	seit:	
Ernennungsfach:				

Bankverbindung
IBAN:

Dienstverhältnis zum Bund	
Besteht ein Dienstverhältnis zum Bund:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name der Dienststelle:	
Straße/Hausnummer:	
Postleitzahl:	Ort:
Dienstrechtliche Stellung:	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r seit:
Beschäftigungsausmaß:	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> halbbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilbeschäftigt
Funktionsbezeichnung (z.B. VertragslehrerIn, Univ.-ProfessorIn):	
Ordnungsbegriff:	
Karenzierung :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja (TT.MM.JJJJ): von: bis:

Ich bin derzeit im Krankenhaus in einer Ordination sonstiges ärztlich tätig.

Die wahrheitsgetreue Beantwortung obiger Fragen bestätige ich mit meiner eigenhändigen Unterschrift. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben dienstrechtlich und strafrechtlich verfolgt werden können.

Weiters verpflichte ich mich, etwaige Änderungen sofort schriftlich mitzuteilen.

Wir weisen darauf hin, dass bei Überweisungen außerhalb des EU-Raumes die entstehenden Kosten der Überweisung von der/dem ArbeitnehmerIn zu tragen sind.

_____, am _____, _____
Unterschrift

Beilagen:
Kontoerklärung
Immunitätsnachweis (zB: Impffertifikat, Attest, Antikörpernachweis etc.)
Sponsions-/Promotionsbescheid