

Anmeldeformular

Weiterbildung Überwachungspflege

Bitte kreuzen Sie den von Ihnen bevorzugten Beginn an: **Januar 2025** **Mai 2025** **November 2025**

Personalien Antragssteller*in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Diplom Grundausbildung (Land und Datum) _____
Ausländisches Diplom _____
Adresse privat _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____
Bürgerort (Nationalität) _____

Praxisort

Abteilung _____ Arbeitspensum in % _____
Fachliche Begleitperson _____
Adresse Spital _____
PLZ _____ Ort _____

Hiermit bestätige ich die Anstellung am Praxisort für die Dauer der Weiterbildung. **Unterschrift Stationsleiter*in**

Rechnungsadresse

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____ Ort _____

Ort und Datum _____ Unterschrift Antragssteller*in _____

Anmeldeschluss

Start Januar **1. November**
Start Mai **1. März**
Start November **1. September**

Bitte am PC ausfüllen und unterschrieben senden an:

Universitätsspital Basel, Departement Akutmedizin, NDS-ÜP Bildung, Sekretariat, Klingelbergstr. 23, 4031 Basel E-Mail: ueberwachungspflege@usb.ch

Dieser Anmeldung sind Beizulegen:

- **Kopie des Diploms dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF**
- **Bei ausländischem Diplom Kopie der Anerkennung durch das SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz)**

«Informationen, wie und wofür wir im Zusammenhang mit der Ausbildung Ihre Personendaten bearbeiten, finden Sie unter unispital-basel.ch/datenschutz».

