

STUDENTEILNAHME ANMELDUNG

*Zum Ausfüllen
und Einsenden*

Vorname *	
Nachname *	
Straße *	
PLZ, Ort *	
Geburtsdatum *	
Geburtsort *	
Mobiltelefon	
Telefon	
E-Mail	
Kontaktperson (Familienmitglied bzw. Angehöriger)	(Vertrauensperson bei persönlicher Nichterreichbarkeit)
Telefon Kontaktperson	
Hausarzt	
Bescheinigung ärztliche Visite (für Arbeitsfreistellung, z.B. Land und Gemeinden)	☐ nicht benötigt ☐ Ja, mein Arbeitgeber akzeptiert dies (Bitte vor Termin mit Vorgesetztem abklären)
Anmerkung (z.B. bevorzugter Wochentag / Zeitraum, begleitende Person/en, Beeinträchtigungen)	

Abgeben/Einsenden:

CHRIS-Zentrum - Krankenhaus Schlanders, 8- 12 Uhr
Fax 0471 055 599 - Terminvereinbarung **Tel. 0471 055 502**
E-Mail chris@eurac.edu

Termin - dem CHRIS-Personal vorbehalten

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Workflow: _____