

Wird von der Hochschule ausgefüllt:

Eingang: _____

Eingangsbestätigung: _____

DB: _____

Zulassung: _____

An die
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Geschäftsstelle Fernstudium
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Lichtbild

Bewerbung

für den Studiengang Master of Health Administration

für das Studienmodul: _____

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus und reichen es bis zum Ende der
Bewerbungsfrist mit den entsprechenden Nachweisen ein.

1. Angaben zu Ihrer Person

Name: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vorname(n): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geburtsname: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geburtsdatum: | | | | . | | | | . | | | | | |

Geburtsort: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geschlecht weiblich männlich divers

Staatsangehörigkeit: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Straße/Hausnr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresszusatz: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PLZ: | | | | | | | |

Ort: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefon privat: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefon berufl.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mobil: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email: _____ @ _____

2. Angaben zu Ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung und Berufstätigkeit

Höchster Schulabschluss:

- Allgemeine oder Fachgebundene Hochschulreife Fachhochschulreife
 FOS/ Mittlere Reife Hauptschulabschluss Sonstiges _____

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie zurzeit berufstätig?

- ja nein

Wenn ja: Derzeitige Position/Tätigkeitsbeschreibung:

Einrichtung: _____

Seit wann? _____ (Jahr)

Wie viele Jahre sind Sie seit Abschluss Ihrer Berufs- bzw. Hochschulausbildung berufstätig?

____ Jahre

3. Angaben zu Ihrer Hochschulausbildung

1. Studiengang: _____

Hochschule (Name/Ort):

abschlossen: ja nein

2. Studiengang: _____

Hochschule (Name/Ort):

abschlossen: ja nein

Falls vorhanden, geben Sie bitte Ihre Matrikel-Nr. der Universität Bielefeld an: _____

