



FRAGEBOGEN zur AUSBILDUNG für GEWERBETREIBENDE und NEUE SELBSTÄNDIGE

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen ☒

1	VERSICHERTE PERSON	Versicherungsnummer	

Familienname		Titel	
Vorname		Geburtsdatum	

2 SCHULAUSBILDUNG (Hauptschule, Gymnasium, Fachhochschule, Universität, ..)

Art der Schule	von	bis	Abschluss	
			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 BERUFSAUSBILDUNG (Lehre, ...)

Art der Berufsausbildung	von	bis	Abschluss	
			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 SONSTIGE AUS- UND WEITERBILDUNGEN (Schulungen, Kurse, ...)

Art der Aus- bzw. Weiterbildung	von	bis	Abschluss	
			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter svs.at/vvt.