



Name der versicherten Person	VSNR	Aktenzeichen
------------------------------	------	--------------

**Fragebogen zur Ausbildung
(zum Antrag vom)
FÜR GEWERBETREIBENDE UND NEUE SELBSTÄNDIGE**

Welche **Schulbildung** haben Sie absolviert? (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"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Welche **Berufsausbildung** (Lehre, ...) haben Sie absolviert?

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"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige **Aus- und Weiterbildungen** (z.B. Schulungen, Kurse, ...) absolviert?

Art der Ausbildung	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"/>

Ort und 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.