



# STELLENSUCHE ZAHNÄRZTLICHE ASSISTENZ

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Nachname: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Adresse: ..... PLZ: ..... Ort: .....

E-Mail: ..... Telefonnr.: .....

höchste abgeschlossene (Schul-)Ausbildung: .....

Fremdsprachenkenntnisse: .....

ehest möglicher Dienstantritt ab: .....

*Bitte ankreuzen:*

**Ausbildung zahnärztliche/r Assistent/in:** (wenn Sie eine Ausbildungsstelle suchen)

neu     im 1. Ausbildungsjahr     im 2. Ausbildungsjahr     im 3. Ausbildungsjahr

**ausgebildete/r zahnärztliche/r Assistent/in** (wenn Sie die Ausbildung bereits abgeschlossen haben: 3 Jahre Ausbildungszeit und Absolvierung des Lehrganges mit positiver Prüfung)

Ich bin im ..... Berufsjahr (ohne Ausbildungszeit)

und suche eine     Ganztagesstelle     Teilzeitstelle (Stunden ..... )

Ausbildung zur/m ProphylaxeassistentIn vorhanden:     ja     nein

**Stellensuche im Bezirk** (Mehrfachangaben möglich):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bruck-Mürzzuschlag | <input type="checkbox"/> Deutschlandsberg | <input type="checkbox"/> Leibnitz             |
| <input type="checkbox"/> Graz               | <input type="checkbox"/> Graz-Umgebung    | <input type="checkbox"/> Hartberg-Fürstenfeld |
| <input type="checkbox"/> Leoben             | <input type="checkbox"/> Liezen           | <input type="checkbox"/> Murau                |
| <input type="checkbox"/> Murtal             | <input type="checkbox"/> Südoststeiermark | <input type="checkbox"/> Voitsberg            |
| <input type="checkbox"/> Weiz               |   |   |

*Sollte ich eine Stelle gefunden haben, teile ich dies der Landes Zahnärztekammer für Steiermark, Tel. 050511/8060 oder office@stmk.zahnaerztekammer.at, unverzüglich mit.*

*Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/ZahnärztInnen, die zahnärztliche AssistentInnen suchen, weitergegeben werden.*

.....  
ORT, DATUM

.....  
UNTERSCHRIFT



**An die  
Landeszahnärztekammer für Steiermark  
Marburger Kai 51/2  
8010 Graz**

**FAX: 050511-8080**

**E-MAIL: [office@stmk.zahnaerztekammer.at](mailto:office@stmk.zahnaerztekammer.at)**