LMU KLINIKUM
Staatliches Berufliches Schulzentrum
für Gesundheitsberufe München
Berufsfachschule für Massage

BEWERBERBOGEN

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)
GEBURTSORT	**GEBURTSLAND**	**FAMILIENSTAND**
STAATSANGEHÖRIGKEIT	**IN DEUTSCHLAND SEIT (TT.MM.JJJJ)**	

ADRESSE

STRAßE	PLZ	ORT

ERREICHBARKEIT

MOBIL	FESTNETZ	E-MAIL

WOHNUNGSWUNSCH IM WOHNHEIM DES LMU KLINIKUM	☐ JA	☐ NEIN

SCHULLAUFBAHN

HÖCHSTER ALLGEMEINBILDENDER SCHULABSCHLUSS			
NAME DER SCHULE	**ART DES ABSCHLUSSES**	**KLASSE**	**DATUM (TT.MM.JJJJ)**

BERUFSAUSBILDUNG / BERUFSTÄTIGKEIT / STUDIUM

ABGESCHLOSSENER AUSBILDUNGSBERUF ODER STUDIENGANG	ZEITRAUM VON-BIS	

Ort **Datum**

Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.