

Antrag auf Erteilung der Staatlichen Anerkennung im Sozialwesen (Ausland)

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Referat 507
Ernst-Kamieth-Straße 2
06112 Halle (Saale)

Posteingang

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag auf Erteilung der Staatlichen Anerkennung (Ausland):

Bitte Berufsbezeichnung angeben

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der o.g. Berufsbezeichnung.

Name, Vorname

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und Geburtsort

Wohnort (Straße und Hausnummer)

Wohnort (Postleitzahl und Ort)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ausbildungsland

Erklärung über die Antragstellung auf Berufsanerkennung

Hiermit erkläre ich auch:

dass ich noch keinen Antrag auf Berufsanerkennung in einem anderen Bundesland gestellt habe, oder

dass ich bereits einen Antrag auf Berufsanerkennung in dem Bundesland:

Angabe des Bundeslandes

gestellt habe.

Bitte Behörde, Aktenzeichen und Ansprechpartner angeben

Erklärung zur Straffreiheit

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, kein berufsrechtliches Verfahren oder auch kein berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist, oder

das folgende Verfahren gegen mich anhängig sind oder waren:

Erläuterungen (evtl. auf einem gesonderten Blatt fortsetzen)

ggf. zusätzliche Angaben zum Antrag

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers