

Familiename (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Eheurkunde, ohne Namenszusätze)

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Namenszusätze

Vorname/n (alle Vornamen lt. Schreibweise der Geburtsurkunde)

Geburtsort (Schreibweise lt. Geburtsurkunde)

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

Straße/Platz

Nr.

PLZ

Ort

Tel. / Mobil-Nr.

E-Mail:

An das
Landesamt für Soziales (LAS)
Zentralstelle für Gesundheitsberufe
- Landesprüfungsamt -
Hochstr. 67
66115 Saarbrücken

Formular zurücksetzen

Formular drucken

Ich beantrage die Erteilung der Approbation als

Ich möchte die Urkunde

Meinem Antrag sind die in Ihrem Merkblatt aufgeführten Nachweise und Erklärungen vollständig und in der Reihenfolge der Ziffern beigelegt.

Hiermit erkläre ich, dass gegen mich **kein** gerichtliches Strafverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig war oder ist, und dass ich **keine** Kenntnis von gegen mich geführten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren habe.

Hiermit erkläre ich, dass gegen mich **folgendes** gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig ist unter,

(Aktenzeichen)

(Ermittlungsbehörde)

Ort

Datum

eigenhändige Unterschrift