

Referat 23

**Antrag auf Zulassung
zur staatlichen Prüfung
in einem Gesundheitsfachberuf****1. Allgemeine Angaben ***

Ausbildungsberuf

Prüfungsart

Jahr der staatlichen Prüfung

Halbjahr:

Sommer

Winter

2. Prüfungsteilnehmer *

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Kontakt (freiwillige Angabe- für kurzfristige Kontaktaufnahme)

Telefon

E-Mail

3. Berufsschule *

Bezeichnung

Postleitzahl

Ort

Landkreis/kreisfreie Stadt

4. Ausbildungszeit

vom

bis

Reguläre Ausbildungszeit:

Verlängerte Ausbildungszeit:

5. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

Amtlich beglaubigte Kopie Identitätsnachweis

Bescheinigung der ausbildenden Schule über die erfolgreiche und regelmäßige Teilnahme an der Ausbildung
(nicht bei Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz)

Nur bei Wiederholungsprüfung im praktischen Teil oder gesamter Prüfung:

Bescheinigung der ausbildenden Schule über die erfolgreiche und regelmäßige Teilnahme an der verlängerten Ausbildung

Nur bei Nachprüfung, wenn Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung von der Landesdirektion Sachsen festgelegt wurde:

Bescheinigung mit bestätigter Prüfungsfähigkeit

Nur bei Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz:

Ordnungsgemäß schriftlich geführter Ausbildungsnachweis bzw. Formular zur Bestätigung des Vorliegens des ordnungsgemäß
schriftlich geführten Ausbildungsnachweises

Jahreszeugnisse

Nur bei Ausbildung zur/zum Logopädin/en:

Bescheinigung über Ausbildung von 16 Stunden in Erster Hilfe

Nur bei Ausbildung nach dem MT-Berufe-Gesetz:

Jahreszeugnisse

sonstige Anlagen

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz
verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem
Link [sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.](#)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die staatliche Prüfung in diesem Gesundheitsfachberuf noch nicht endgültig
nicht bestanden habe.

Datum, Unterschrift Antragsteller/Auszubildender