

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

Saal

LPA-Nr.

**P3****Antrag auf Zulassung**zum Dritten Abschnitt der  
Pharmazeutischen PrüfungBei Rückfragen wenden Sie sich bitte  
rechtzeitig an das Landesprüfungsamt.

Tel.: (0351) 825 26 12

E-Mail:

**Meldeschluss: 10.01. bzw. 10.06.****1. Allgemeine Angaben**

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung.

**Angabe des Halbjahres** \*      Erstes Halbjahr 20                      Zweites Halbjahr 20

Ich war im Fach Pharmazie eingeschrieben an der Universität

Matrikel-Nummer \*

BAföG-Nummer

**Persönliche Angaben**Familiennamen \* <sup>1)</sup>

Vorname \*

Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)

Geschlecht \*

weiblich

männlich

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Staatsangehörigkeit \*

Geburtsdatum \*

Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde) \*

**2. Anschrift an welche die Zulassung und die Prüfungsmittelungen versandt werden sollen**

Straße \*

Postleitzahl \* Ort \*

E-Mail

ggf. Telefon

1) Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze

### 3. Semester Erstimmatrikulation / Anzahl Fachsemester \*

Semester der Erstimmatrikulation (im Studienfach PHARMAZIE im Inland, z.B. SS03 oder WS03/04):

Anzahl der pharm. Fachsemester (einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 6):

### 4. Pharmazeutische Fachsemester

an der Universität

vom

bis

Anzahl der Urlaubssemester:

vom

bis

angerechnete Semester:

bestanden am \*

Ort \*

Erster Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung:

Zweiter Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung:

### 5. Teilnahme an der Pharmazeutischen Prüfung

Ich habe am Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung \*

bisher nicht teilgenommen

ohne Erfolg teilgenommen

(dazu zählen auch Fälle, in denen die Prüfung wegen Nichtgenehmigung des Rücktritts von der Prüfung oder aus sonstigen Gründen für nicht bestanden erklärt wurde.)

am

in

LPA-Nummer

## 6. Beigefügte Anlagen

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original beigefügt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

- Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
- Heirats-/Lebenspartnerschaftsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur bei Namensänderung)
- vollständiges Studienbuch
- letzte Immatrikulationsbescheinigung
- Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung
- Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung
- Nachweis über angerechnete Studienzeiten nach § 22 AAppO
- Nachweis über die Teilnahme an den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen
- Nachweis über die praktische Ausbildung  
(Bei Vorlage einer vorläufigen Bescheinigung bitte die endgültige Bescheinigung umgehend nach deren Erhalt nachreichen.)

## 7. Wunschtermin der Prüfung

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie keinen Anspruch darauf haben zu dem gewünschten Termin geprüft zu werden!**

Wunschtermin (Monat/Jahr):

## 8. Erklärungen

**8.1 Allgemeine Erklärungen**  
Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr. Gründe für die Versagung der Approbation als Apotheker gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 der Bundesapothekerordnung liegen mir nicht vor.  
Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

**8.2 Das nach der Approbationsordnung für Apotheker habe ich erhalten und  
inhaltlich Kenntnis genommen.**

**8.3 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.

**8.4 Erklärung zum Datenschutz (Datenverarbeitung allgemein)**  
Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle im Prüfungsverfahren zu erhebenden Daten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.  
Datum \*                      Ort \*  
  

\_\_\_\_\_ eigenhändige Unterschrift

**8.5 Erklärung zum Datenschutz (Datenverarbeitung bei Rücktritts- oder Säumnisverfahren)**  
Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle in einem eventuellen Rücktritts- oder Säumnisverfahren bei der Staatsprüfung zu erhebenden ärztlichen Gutachten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.  
*Es wird darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Prüfungs(un)fähigkeit des Antragstellers ohne entsprechende ärztliche Nachweise im Regelfall nicht möglich ist. Ohne entsprechende ärztliche Nachweise eingehende Anträge auf Genehmigung des Rücktritts/der Säumnis können daher die Ablehnung des Antrages nach sich ziehen.*  
Datum \*                      Ort \*  
  

\_\_\_\_\_ eigenhändige Unterschrift

## 9. Bearbeitungsvermerke (nur vom Prüfungsamt auszufüllen)

Sachbearbeiter	Datum	Sachbearbeiter	Datum
Antrag geprüft		Die nach § 6 Abs. 5 AAppO geforderten Antragsunterlagen sind vollständig; Zulassungsschreiben fertigen.	
		Ja	Nein