

Referat 23

Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung in einem Gesundheitsfachberuf

1. Allgemeine Angaben *	
Ausbildungsberuf	
Prüfungsart	
Jahr der staatlichen Prüfung	
Halbjahr: Sommer Winter	
Nur für Ergänzungsprüfung im Ausbildungsberuf Notfallsanitäter	
Prüfungszeitraum vom: bis:	
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

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:

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 Ergänzungsprüfung für Notfallsanitäter:

Angaben zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit, Arbeitgeber und Dienststelle

sonstige Anlagen

Hinweise

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