

Sächsisches Staatsministerium für Soziales  
und Verbraucherschutz

Referat 26

Albertstraße 10

01097 Dresden

**Ausfüllhinweis**

Alle mit Ausnahme der mit (\*) gekennzeichneten  
Felder sind Pflichtfelder.

**Antrag auf Anerkennung als  
Weiterbildungseinrichtung im Sinne von  
§ 3 Abs. 1 Gesetz über die Weiterbildung  
in den Gesundheitsfachberufen im  
Freistaat Sachsen (Weiterbildungsgesetz  
Gesundheitsfachberufe - SächsGfbWBG)**

**1. Name und Anschrift der Weiterbildungseinrichtung**

Name der Weiterbildungseinrichtung

Postleitzahl

Ort

Straße

Nr.

Ansprechpartner/in (Name, Vorname)

Telefon

Telefax\*

E-Mail

WWW\*

**2. Name und Anschrift des Trägers**

Name des Trägers

Postleitzahl

Ort

Straße

Nr.

Ansprechpartner/in (Name, Vorname)

Telefon

Telefax\*

E-Mail

WWW\*

### 3. Leitung der Weiterbildungseinrichtung

Name	Vorname	berufliche Qualifikation <sup>1</sup>

### 4. Zustimmungserklärung

Zustimmung zur Aufnahme in ein vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz auf seiner Internetseite veröffentlichtes Verzeichnis über staatlich anerkannte Weiterbildungseinrichtungen:

Ja

Nein

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(vertretungsberechtigte Person)

#### Anlagen

- 1 Weiterbildung
- 2 Unterrichtspersonal
- 3 Einrichtungen zur Durchführung der praktischen Weiterbildung
- 4 Unterrichtsräume und Ausstattung mit Lehr- und Lernmitteln

<sup>1</sup> Bitte Nachweise über die berufliche Qualifikation der Schulleitung in amtlich beglaubigter Kopie oder als Zweitschrift im Original beifügen.