

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Landesprüfungsamt für Heilberufe
PF 16 11 61
18024 Rostock

Antrag auf Rücktritt/ Versäumnis von der staatlichen Prüfung

Name, Vorname		
Aktuelle Meldeadresse	<i>Straße/ Nr.</i>	
	<i>PLZ/ Ort</i>	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		
Name und Anschrift der Ausbildungsstätte /Schule		
Angabe der Ausbildungsrichtung		

Hiermit beantrage ich

den Rücktritt/das Versäumnis von der staatlichen Prüfung aus folgendem wichtigen Grund:

Für den Nachweis des wichtigen Grundes füge ich folgende Unterlagen bei:

- ☐ im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die ärztliche Bestätigung über die Nichtteilnahme an / den Abbruch einer staatlichen Prüfung (das vorgegebene **Formular auf der Internetseite** ist zu verwenden – „**ärztliche Bestätigung bei Rücktritt und Versäumnis**“)
- ☐ sonstiger Nachweis (z.B. Verkehrsunfall) unter Angabe des betreffenden Prüfungszeitraumes (schriftliche, mündliche oder praktische Prüfung, Prüfungsdatum)

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Hinweis: Beachten Sie bitte bei der Antragstellung das Ihnen mit der Zulassung zur Prüfung übergebene Hinweisblatt zum Rücktritt und Versäumnis von der Prüfung und die Auswirkungen.