

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

Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung

I. Angaben zur Person

Nachname		
Vorname		
Aktuelle Meldeadresse*	<i>Straße/Nr.</i>	
	<i>PLZ/ Ort</i>	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		
Name und Anschrift der Schule		

*) Bitte die Anschrift angeben, unter der Sie während des Prüfungszeitraumes erreichbar sind.

II. Antrag

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur staatlichen Prüfung für

Die für die Zulassung erforderlichen Nachweise füge ich meinem Antrag bei *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

- ☐ die Bescheinigung über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen (Original)
- ☐ bei verkürzten Ausbildungen: Anrechnungsbescheid vom Landesprüfungsamt für Heilberufe (einfache Kopie)
- ☐ meinen Personalausweis oder Reisepass in amtlich beglaubigter Abschrift
bei Ausbildung zur/zum Rettungsanwärter/in in einfacher Kopie
- ☐ meine Geburtsurkunde, bei Verheirateten die Eheurkunde, bei Lebenspartnern die Lebenspartnerschaftsurkunde oder Nachweis Namensänderung (einfache Kopie)
*betrifft die Berufe Kranken- und Altenpflegehelfer*innen sowie Orthoptistinnen/Orthoptisten*

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift