



Verzicht auf die Approbation

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Approbation als

- ☐ Arzt/Ärztin ☐ Zahnarzt/Zahnärztin ☐ Apotheker/Apothekerin
- ☐ Psychotherapeut/in
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in

Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Familienname, auf den die Approbationsurkunde ausgestellt wurde (soweit abweichend vom jetzigen Familiennamen)	Geburtsort
Anschrift (Strasse, Haus-Nummer, PLZ, Wohnort, ggf. wohnhaft bei)	
Telefon	E-Mail
Behörde, die die Approbationsurkunde ausgestellt hat	Ausstellungsdatum
Ort, an dem Sie Ihren Beruf zuletzt ausgeübt haben	

Meine Approbation und ggf. vorhandene amtlich beglaubigte Kopien der Approbationsurkunde lege ich im Original bei.

Erklärung:

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V hat mich darauf hingewiesen, dass die Approbationsurkunde durch meinen Verzicht auf die Approbation ihre Gültigkeit verliert, und dass ich gemäß § 52 VwVfG M-V zur Herausgabe der Urkunde verpflichtet bin. Diese habe ich deshalb dieser Erklärung beigefügt.

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V hat mich auch darauf hingewiesen, dass das unbefugte Führen der Berufsbezeichnung Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Apotheker/Apothekerin, Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin nach § 132 a Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet wird.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift