

Landesamt für Gesundheit und Soziales
 Landesprüfungsamt für Heilberufe
 Postfach 21 10 55
 18083 Rostock

Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung

I. Angaben zur Person

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

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

II. Antrag

Aufgrund der nicht bestandenen Erstprüfung, beantrage ich die Zulassung zur Wiederholungsprüfung in folgenden Prüfungsteilen (*Zutreffendes bitte ankreuzen!*):

- Schriftlicher Teil:
- Mündlicher Teil:
- Praktischer Teil:

Bitte fügen Sie, im Falle einer angeordneten zusätzlichen Ausbildung, den dann erforderlichen Nachweis über die zusätzliche Ausbildung dem Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung bei.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift