

Name:

Vorname (n):

Geburtsname:
(falls abweichend vom Namen)

Adresszusatz (c/o)

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Regierungspräsidium Darmstadt
Dezernat Gesundheit
64278 Darmstadt

Antrag

auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
(Staatliche Anerkennung)

Ich beantrage hiermit die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger

aufgrund meiner in _____erworbenen Berufsausbildung.
(Land, in dem die Ausbildung absolviert wurde)

Gleichzeitig versichere ich, dass ich die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bislang weder beim Regierungspräsidium Darmstadt noch bei einer anderen Behörde beantragt habe. (Sofern Sie bereits beim Regierungspräsidium Darmstadt oder bei einer anderen Behörde einen entsprechenden Antrag gestellt haben, geben Sie bitte die Behörde und das Aktenzeichen an.)

Datum, Unterschrift

Az.: II 24 - 18b_____