

# Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung in einem Gesundheitsfachberuf

Referat 22

## 1. Allgemeine Angaben \*

Ausbildungsberuf

Prüfungsart

Jahr der staatlichen Prüfung

Halbjahr: Sommer Winter

## 2. Prüfungsteilnehmer \*

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

**Kontakt** (freiwillige Angabe)

Telefon

E-Mail

## 3. Berufsschule \*

Bezeichnung

Postleitzahl

Ort

Landkreis/kreisfreie Stadt

#### 4. Ausbildungszeit

vom bis

Reguläre Ausbildungszeit:

Verlängerte Ausbildungszeit:

#### 5. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

Amtlich beglaubigte Kopie Identitätsnachweis

Bescheinigung der ausbildenden Schule über die erfolgreiche und regelmäßige Teilnahme an der Ausbildung

Nur bei Wiederholungsprüfung im praktischen Teil oder gesamter Prüfung:

Bescheinigung der ausbildenden Schule über die erfolgreiche und regelmäßige Teilnahme an der verlängerten Ausbildung

Nur bei Nachprüfung, wenn Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung von der Landesdirektion Sachsen festgelegt wurde:

Bescheinigung mit bestätigter Prüfungsfähigkeit

Nur bei Ausbildung zur/zum Logopädin/en:

Bescheinigung über Ausbildung von 16 Stunden in Erster Hilfe

Nur bei Ergänzungsprüfung für Notfallsanitäter:

Angaben zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit, Arbeitgeber und Dienststelle

sonstige Anlagen

Datum, Unterschrift Antragsteller/Auszubildender