

## B E S C H E I N I G U N G

### Für die Ausbildung und Ausübung des Berufes „Medizinische\*r Technologe/Technologin für Radiologie“

wird bescheinigt, dass:

Herr / Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n i c h t wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

ausgestellt am: .....  
(frühestens 3 Monate vor Ausbildungsbeginn)

durch: .....  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)