



**Landesamt für Soziales (LAS)
- Zentralstelle für Gesundheitsberufe –
Landesprüfungsamt
Hochstraße 67
66115 Saarbrücken**

Antrag auf Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation und Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung im Bereich der Fachberufe im Gesundheitswesen

Familienname <small>(Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	Geburtsname <small>(falls abweichend vom Familienname)</small>
Vorname/n <small>(alle Vornamen, Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	
Namenszusätze	Geschlecht
Geburtsort <small>(Schreibweise laut Geburtsurkunde)</small>	Geburtsdatum
Adresse (Straße und Nummer)	Staatsangehörigkeit
Postleitzahl	Ort
Telefon	
E-Mail	

Anlagen

Ausbildung abgeschlossen in (Ausbildungsstaat):

Berufsbezeichnung in der Heimatsprache:

Ich beantrage im Saarland die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung:

Meinem Antrag füge ich die in Ihrem Merkblatt aufgeführten Hinweise und Erklärungen vollständig und in der Reihenfolge der Punkte bei.





Hiermit versichere ich,

dass ich derzeit oder früher keinen Antrag auf Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in einem anderen Bundesland gestellt habe.

dass ich derzeit oder früher in folgenden Bundesländern einen Antrag auf Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung gestellt habe:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Hiermit versichere ich außerdem,

dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig war oder ist, und dass ich keine Kenntnis von gegen mich geführten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren habe.

dass gegen mich folgendes gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig ist, unter:

(Aktenzeichen)

(Ermittlungsbehörde)

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Hiermit versichere ich außerdem,

dass mir das Recht auf Titelführung (Erlaubnisurkunde) im Herkunftsland nicht entzogen wurde.

dass mit das Recht auf Titelführung (Erlaubnisurkunde) im Herkunftsland aus folgendem Grund entzogen wurde:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Ich versichere die Richtigkeit der voranstehenden Angaben und der von mir als Anlage vorgelegten Nachweise und Erklärungen.

(Ort)

(Datum)

Eigenhändige Unterschrift Antragsteller/in

