

Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe

Versicherungen zu meinem Antrag auf Erteilung

der **Approbation**

als

- Ärztin bzw. Arzt**
 Zahnärztin bzw. Zahnarzt
 Apothekerin bzw. Apotheker

Hiermit versichere ich, dass

- ich in keinem anderen Bundesland die Approbation bzw. eine Berufserlaubnis beantragt habe.
- ich die Approbation und/oder eine Berufserlaubnis im folgenden Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschlands beantragt habe:

.....
und/oder

im Besitz einer Berufserlaubnis im folgenden Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschlands bin oder war:

- gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig ist.
- ich an dem **Fachsprachtest** auf dem Niveau C1 GER entsprechend der terminlichen Ladung teilnehmen und mich verbindlich dazu anmelden werde.

Ärztinnen und Ärzte: direkte Anmeldung bei der Landesärztekammer Brandenburg (Vordruck unter: www.laekb.de » Arzt » Qualifikationen » Fachsprachtests)

Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker:
(Anmeldevordruck verwenden)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift