

Absender:

.....
.....
.....
.....

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Abteilung Gesundheit
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen

Erklärung

Ich, erkläre, dass mir zu keinem Zeitpunkt die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

1

entzogen wurde.

Ort / Datum

Unterschrift

¹ Hier bitte die Berufsbezeichnung einfügen.