

Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung im Gesundheitsfachberuf



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Dezernat G6
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G6
LPA-GFB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Wiederholungsprüfung¹

in der Fachrichtung

- für den schriftlichen Prüfungsteil
- für den mündlichen Prüfungsteil
- für den praktischen Prüfungsteil

Prüfungszeitraum 1 2 des Jahres

vor dem Prüfungsausschuss am/an der

in

Ich absolviere die festgelegte weitere Ausbildung vom bis

Als Anlagen füge ich bei:

- Nachweis über die weitere Ausbildung (**im Original**)

Datum

.....

Unterschrift

¹ Zutreffendes ankreuzen

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.