

Vollmacht

- Anerkennung ausländischer Ausbildungen (Drittstaat)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Dezernat G1
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
GFB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße, Hausnr.

PLZ

Wohnort

Telefon*

E-Mail

Ich bevollmächtige

Unternehmen

Name, Vorname:

Geschlecht:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon*:

E-Mail:

das Verfahren auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufserlaubnis in meinem Namen zu führen.

Ort

Datum

eigenhändige Unterschrift der
vollmachtgebenden Person

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

* freiwillige Angabe