

An:

Landesverwaltungsamt  
Landesprüfungsamt/ Referat 507  
Ernst-Kamieth-Straße 2  
06112 Halle (Saale)

## Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Zahnärzte -

Name, Vorname: .....

aktuelle Adresse: .....

Geburtstag und -ort: .....

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der **Kenntnisprüfung für Zahnärzte**.

Ich erkläre mich bereit, die Kosten hierfür zu übernehmen. Bislang habe ich an .....  
**Kenntnisprüfungen** teilgenommen.

### **Hinweis:**

Die Kenntnisprüfung für Zahnärzte umfasst den schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungsabschnitt. Mit diesem Antrag ist die Teilnahme an allen Prüfungsabschnitten möglich.

Eine gesonderte Antragstellung für Wiederholungsprüfungen sowie für die einzelnen Prüfungsabschnitte ist nicht erforderlich.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift