

An:

Landesverwaltungsamt  
Landesprüfungsamt/ Referat 507  
Maxim-Gorki-Str. 7  
06114 Halle (Saale)

## Antrag auf Änderung der Berufserlaubnis

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

**Hiermit beantrage ich die Änderung der Berufserlaubnis als:**

- Arzt,**  
 **Zahnarzt,**  
 **Apotheker.**

**Dem Antrag sind folgende Dokumente beigefügt:**

- ein Arbeitszeugnis des letzten Arbeitgebers,  
 ein aktualisierter unterschriebener Lebenslauf,  
 eine beglaubigte Kopie der zuletzt erteilten Berufserlaubnis,  
 eine Einstellungszusage des neuen Arbeitgebers.  
 Aktuelle ärztliche Bescheinigung  
 Führungszeugnis der Belegart O wurde beantragt  
 Aktuelle Meldebescheinigung  
 Ggf. geänderter Aufenthaltstitel

.....  
Ort, Datum Unterschrift

Stand: 25.01.2022