

An:

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

## Einverständniserklärung

Ich, Frau/Herr .....,

geboren am .....bin damit einverstanden,

dass mein (künftiger) Arbeitgeber .....

.....

(Name und Anschrift der Klinik, E-Mail-Adresse)

Auskünfte über den genauen Sachstand meines Vorgangs „Antrag auf Berufserlaubnis/Approbation“ beim Landesverwaltungsamt, Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe, erhalten kann. Die Einwilligungserklärung gilt für das gesamte mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren. Sie kann jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen gegenüber dem Landesverwaltungsamt widerrufen werden. Der Widerruf hat keine nachteiligen Folgen für das Verfahren.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift