

An:

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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname:

Aktuelle Adresse:

Geburtsdatum/ -ort:

Gleichwertigkeitsprüfung durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen

- Hiermit erkläre ich, dass ich bereit bin, meine eingereichten Dokumente hinsichtlich deren **Gleichwertigkeit** eines im Ausland erworbenen Berufsabschlusses mit einem deutschen Referenzberuf prüfen zu lassen.

Ich versichere, dass alle antragsbegründenden Unterlagen (einschließlich Nachweisen zur Berufserfahrung/lebenslangem Lernen) von mir vorgelegt worden sind. Weitere Unterlagen stehen mir nicht zur Verfügung.

Ich bin bereit, die anfallenden Kosten im Rahmen der **Gleichwertigkeitsprüfung** in Höhe von 1.773,00 € zu übernehmen.

Aufgrund der rechtlichen Regelung in den Berufsgesetzen ist die unmittelbare Beantragung der Kenntnisprüfung nur im begründeten Ausnahmefall möglich.

Kenntnisprüfung (der Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung für die zutreffende Berufsgruppe ist beizufügen)

- Hiermit erkläre ich, dass ich direkt an der Kenntnisprüfung teilnehmen möchte.
Ich lege aus folgenden Gründen kein Curriculum oder weitere Unterlagen für die Gleichwertigkeitsprüfung vor/das vorhandene Curriculum soll aus folgenden Gründen nicht geprüft werden (Begründung hier einfügen):

.....
Ort, Datum, Unterschrift