

**Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung**

Über die Ausbildungsstätte  
An das Landesverwaltungsamt  
Vorsitzende/Vorsitzender des Prüfungsausschuss der

\_\_\_\_\_ (Name der Ausbildungsstätte)

Ernst-Kamieth-Str. 2  
06112 Halle

Hiermit beantrage ich,

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ (Geburtsort, -land),

wohnhaft in \_\_\_\_\_

(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

die Zulassung zur Abschlussprüfung nach § 8 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für  
Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter im Land Sachsen-Anhalt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift der/des Antragstellerin/ Antragstellers)