

An:

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe  
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.

### **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