

An:

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname:

Aktuelle Adresse:

Geburtsdatum /- ort:

Echtheitsprüfung von Ausbildungsnachweisen

- Hiermit erkläre ich, dass ich bereit bin, meine eingereichten Dokumente durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen auf deren **Echtheit** prüfen zu lassen.

Ich bin bereit, die anfallenden Kosten im Rahmen der **Echtheitsprüfung** in Höhe von 145,00 € zu übernehmen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift