



Bayerisches Landesamt für Pflege
Anerkennungsverfahren
Mildred-Scheel-Str.4
92224 Amberg

Rückmeldung Ausgleichsmaßnahme

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung **Pflegefach-
frau/Pflegefachmann** für:

| | | |
|----------|---------|-------------|
| Nachname | Vorname | Geburtsname |
| | | |

| | |
|--------------|------------|
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| | |

| | |
|-----------------|----------------|
| Ausbildungsland | Vorgangsnummer |
| | |

Bitte nur eine Option ankreuzen!

Hiermit erkläre ich, dass ich

- den **Anpassungslehrgang** absolvieren werde.
- die **Kenntnisprüfung/Eignungsprüfung** absolvieren werde.
- meinen **Antrag** auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen
der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann **zurücknehme**.

Hinweis: Diese Erklärung muss (auch bei Bevollmächtigung!) **durch die Antragstellerin / den Antragsteller selbst unterschrieben** werden.

| |
|--|
| |
|--|

Ort, Datum

| |
|----------|
| x |
|----------|

Unterschrift (antragstellende Person)