

Absender:

.....  
.....  
.....

Tel.: .....

E-Mail: .....

Landesamt für Soziales und Versorgung  
Dezernat 52  
Postfach 10 01 23  
03001 Cottbus

## Bescheinigung zur Vorlage im Ausland

Hiermit beantrage ich eine Bescheinigung zur Vorlage in

\_\_\_\_\_ 1

über meine Ausbildung als

\_\_\_\_\_ 2

darüber, dass mir die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung / Staatliche  
Anerkennung nicht entzogen wurde.

Als Anlagen füge ich bei:

Bachelor-Urkunde und Zeugnis nach Fachhochschulausbildung oder. Zeugnis nach  
Fachschulausbildung

Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung / Staatliche Anerkennung

Tätigkeitsnachweis (wird – sofern dieser erforderlich ist – nachgefordert)

1 Hier bitte das Land eintragen.

2 Hier bitte die absolvierte Ausbildungsrichtung eintragen.

Kontakt:

Landesamt für Soziales und Versorgung, Abteilung 5, Dezernat 52, Postfach 10 01 23, 03001 Cottbus  
Tel.: 0355 2893-283 oder 625

Erklärung, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung / Staatliche Anerkennung nicht entzogen wurde (siehe gesonderter Vordruck)

Erweitertes Führungszeugnis – im Original - nicht älter als 3 Monate  
(die Voraussetzungen nach § 30a Abs. 1 BZRG liegen vor)

Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist (siehe gesonderter Vordruck)

Nachweise, aus denen sich evtl. Namensänderungen ergeben (z. B. amtlich beglaubigte Kopie der Eheurkunde)

**Hinweise:**

Alle Unterlagen sind **im Original oder in amtlich bzw. notariell beglaubigter Form** vorzulegen und verbleiben im Landesamt für Soziales und Versorgung. Amtliche Beglaubigungen dürfen nur von Behörden mit Aufgaben der öffentlichen Verwaltung vorgenommen werden, z. B. von Einwohnermeldeämtern. Beglaubigungen von Krankenkassen, Versicherungen, Pfarrämtern usw. werden nicht anerkannt.

Die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist gebührenpflichtig. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach der aktuellen Fassung der Gebührenordnung MASGF (GebOMASGF) Tarifstelle 5.6

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

**Kontakt:**

Landesamt für Soziales und Versorgung, Abteilung 5, Dezernat 52, Postfach 10 01 23, 03001 Cottbus  
Tel.: 0355 2893-283 oder 625

Absender:

.....  
.....  
.....

Tel.: .....

E-Mail: .....

Landesamt für Soziales und Versorgung  
Dezernat 52  
Postfach 10 01 23  
03001 Cottbus

---

## Erklärung

Ich erkläre, das mir zu keinem Zeitpunkt die Staatliche Anerkennung als

\_\_\_\_\_ 1)

entzogen wurde.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**1) hier Berufsbezeichnung einfügen**

Absender:

.....  
.....  
.....

Tel.: .....

E-Mail: .....

Landesamt für Soziales und Versorgung  
Dezernat 52  
Postfach 10 01 23  
03001 Cottbus

---

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, kein berufsrechtliches Verfahren oder auch kein berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Mir sind keine gesundheitlichen Hintergründe zum Ausüben des Berufes bekannt.

---

Datum/Ort

---

Unterschrift