

Absender:

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

Tel.:



Landesamt für Soziales und Versorgung
Abteilung 5, Dezernat 50
Zeppelinstraße 48
14471 Potsdam

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach Feststellung der Gleichwertigkeit

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Altenpflegehelferin / Altenpflegehelfer

Bescheid über Gleichwertigkeit nach § 1 Absatz 4 Brandenburgisches Altenpflegehilfegesetz vom:
07.12.2018

ausgestelltes Bundesland: LASV, Brandenburg

Ich versichere, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren, kein berufsrechtliches Verfahren oder auch kein berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist. Mir sind keine gesundheitlichen Hinderungsgründe zum Ausüben des o. g. Berufes bekannt.

Ich bestätige, bisher keine Erlaubnis zum Führen der o. g. Berufsbezeichnung beantragt zu haben.

Als Anlagen füge ich bei:

2. ärztliche Bescheinigung (siehe gesonderter Vordruck)¹
3. amtliches Führungszeugnis²
4. Personalausweises oder Reisepass³
5. Erklärungen

Datum

Unterschrift

¹ Die ärztliche Bescheinigung muss die gesundheitliche Eignung für den angestrebten Beruf ausweisen, darf nicht älter als 3 Monate sein und muss im Original eingereicht werden.

² Nicht älter als 3 Monate und im Original.

³ Amtlich beglaubigter Form

Kontakt:

Landesamt für Soziales und Versorgung, Abteilung 5, Dezernat 50, Zeppelinstraße 48 14471 Potsdam
Tel.Nr.: 03312761277