

An das  
Landesamt für soziale Dienste  
Schleswig-Holstein  
Dezernat 32  
Gartenstraße 24  
24534 Neumünster

## I. Antrag auf Fachsprachenprüfung

Ich beantrage die Anmeldung zur Fachsprachenprüfung für

Medizin     Zahnmedizin     Pharmazie

### **Der Antrag ist in deutlicher Druckschrift auszufüllen**

Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum/ ort/-land		
Anschrift (Post- leitzahl, Ort, Straße, Haus- nummer)		
E-Mail Adresse		

### **Zutreffendes ankreuzen:**

<b>Folgende Nachweise füge ich bei (sofern noch nicht vorliegend):</b>
<input type="checkbox"/> Vordruck: Persönliche Angaben zum Anerkennungsverfahren (siehe Homepage)
<input type="checkbox"/> Sprachzertifikat Deutsch B2-Niveau ( <b><u>beglaubigte Kopie</u></b> )
<input type="checkbox"/> Lebenslauf (aktuell, lückenlos, mit <b><u>Datum und eigenhändiger Unterschrift</u></b> )
<input type="checkbox"/> aktuelle Meldebescheinigung für Hauptwohnsitz in SH ( <b><u>einfache Kopie</u></b> )

**Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen in korrekter Form eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Landesamt Schleswig-Holstein möglich ist.**

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in