

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

Antrag auf Wiederholung der Kenntnisprüfung

Ich beantrage die Wiederholung der Kenntnisprüfung

als

Arzt/Ärztin **Zahnarzt/Zahnärztin** **Apotheker/Apothekerin**

Es handelt sich um die

erste zweite Wiederholung.

Der Antrag ist in deutlicher Druckschrift auszufüllen

Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum/-ort/-land			
Adresse	Straße		Hausnummer
	Postleitzahl	Ort	
E-Mail Adresse			

Die Hinweise des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein zum Verfahren dieser Prüfung (siehe Homepage) sind mir bekannt.

Ich versichere, dass in keinem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland ein Verfahren zur Feststellung meines Ausbildungs- und Kenntnisstandes durchgeführt wird.

Ich habe bereits in einem anderen Bundesland an Fachgesprächen bzw. Prüfungen zum Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungs- und Kenntnisstandes teilgenommen. Und zwar einmal / mehrfach (Anzahl) ___ in _____ (Bundesland).

Mir ist bewusst, dass unwahrheitsgemäße Angaben u.a. strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in