Mühlenkreis
MINDEN-LÜBBECKE

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
53.1-Verwaltung / Frau Schumann
Portastraße 13
32423 Minden

Antrag auf Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf bei einer im Ausland absolvierten Ausbildung

(vorherige Anerkennung durch die Zentrale Anerkennungsstelle für Pflege- und Gesundheitsfachberufe muss erfolgt sein)

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in folgendem Gesundheitsfachberuf:

Bitte wählen Sie eine Berufsbezeichnung aus

Weitere:_____

Hinweis
Bitte beachten Sie die Informationen auf der Internetseite des Kreises.

Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	Geburtsort	
Geburtsland	Staatsangehörigkeit	
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		

Derzeitige Anschrift

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Land
Telefon	E-Mail-Adresse		

Ausbildung

Land, Ort
Bezeichnung der Ausbildung
Zeitraum der Ausbildung:

Folgende Unterlagen sind beigefügt bzw. beantragt:

☐ Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses oder Aufenthaltstitel mit Lichtbild

☐ Bescheid der Bezirksregierung Münster über die anerkannte Gleichwertigkeit der Ausbildung

☐ Amtlicher Nachweis, dass sich mein Wohnsitz in Zukunft im Kreis Minden-Lübbecke befinden wird oder eine Bescheinigung meines zukünftigen Arbeitgebers, dass ich meinen Dienst im Kreis Minden-Lübbecke ausüben werde.

☐ Das erweiterte Führungszeugnis, Belegart 0 (nach § 30a BZRG) zur Vorlage bei der Behörde, liegt bei

☐ Das erweiterte Führungszeugnis, Belegart 0 (nach § 30a BZRG) zur Vorlage bei der Behörde, ist beantragt

☐ Ärztliche Bescheinigung (nicht älter als 3 Monate)

☐ Ein B2-Zertifikat als Nachweis der deutschen Sprachkenntnisse

Folgende Gegebenheiten sind bekannt bzw. werden versichert:

☐ Mir ist bekannt, dass dem Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke das Führungszeugnis spätestens bei Terminvereinbarung vorliegen muss und dass es bei Erlaubniserteilung nicht älter als 3 Monate sein darf.

☐ Ich versichere hiermit, dass ich bei keiner anderen Erlaubnisbehörde einen Antrag auf Anerkennung dieser Berufsausbildung gestellt habe, beziehungsweise, dass kein entsprechendes Verfahren läuft oder bereits abgeschlossen ist.

oder

☐ Ich habe diesen Antrag zu einem früheren Zeitpunkt bei einer anderen Behörde in Nordrhein-Westfalen oder in einem anderen Bundesland gestellt

Wann	Aktenzeichen
Wo	

Nur bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

☐ Ich erkläre hiermit, dass ich die Absicht habe eine Beschäftigung aufzunehmen in

Ort

☐ **Ich erkläre**,

- eine Arbeitsaufnahme und/oder einen Wohnortwechsel während dieses Antragsverfahrens unverzüglich anzuzeigen und
- dass zurzeit nicht strafrechtlich gegen mich ermittelt wird und auch kein mich belastendes Strafverfahren eingeleitet wurde.

Hinweis
Eine inhaltliche Überprüfung des Antrages ist erst möglich, wenn die geforderten Unterlagen formgerecht und vollständig vorliegen.
Dieser Antrag ist auszudrucken und unterschrieben an folgende Adresse zu senden:

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
Frau Schumann
Portastrasse 13
32423 Minden

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Formular ausdrucken