

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Große Diesdorfer Str. 162 * 39110 Magdeburg

Telefon: 0391 7393911

E-Mail: huenecke@zahnaerztekammer-sah.de

Anmeldung zur Fachsprachprüfung

Datum und Stelle bereits beantragter Fachsprachprüfungen: _____

Prüfungstermin ab _____ gewünscht!

(nur entsprechend der Möglichkeiten umsetzbar)

Anrede: _____ Titel: _____ Geschlecht w m d

Antragsteller/-in: _____
(Vorname Nachname)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Privatanschrift: _____
(Straße)

(PLZ/Ort)

E-Mail: _____ Telefon: _____

Antrag Berufserlaubnis oder Approbation wurde gestellt:

am: _____ bei: _____
(Datum) (Behörde)

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

- Lebenslauf inkl. Foto
- Beglaubigung der Übersetzung des Abschlusses Zahnmedizin inkl. Übersetzung der Semester-Stunden-Übersicht
- Zertifikat GER-Sprachzertifikat B2 (Original o. beglaubigte Kopie)
- Kopie eines gültigen Ausweisdokuments
- Wohnmeldebescheinigung (Hauptwohnsitz in Sachsen-Anhalt) **oder**
- Erklärung, dass Antragsteller/-in in Sachsen-Anhalt zahnärztlich tätig werden möchte mit Angabe des künftigen Arbeitgebers (AG):
(Die ZÄK behält sich die Rücksprache mit AG vor!)

Name des AG: _____ Ort: _____

Datenschutzrechtliche Erklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Überprüfung der fachbezogenen Deutschkenntnisse erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und das Ergebnis der Überprüfung an das Landesverwaltungsamt Halle weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Kenntnisnahme Verfahrensordnung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Verfahrensordnung für die Fachsprachprüfung zur Erteilung der Approbation bzw. der Erteilung der vorläufigen Berufserlaubnis nach dem ZHG verstanden und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift