



Erklärungen zum Approbationsantrag

(für Personen, die außerhalb von Deutschland studiert haben)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit erkläre ich, dass ich

- nicht vorbestraft bin, ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich nicht anhängig ist und keine berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet worden sind,
- im Rahmen eines Medizin- bzw. Zahnmedizinstudiums bzw. Pharmaziestudium nicht in der BRD an einer Prüfung teilgenommen und diese endgültig nicht bestanden habe und
- in keinem anderen Regierungsbezirk bzw. Bundesland einen Antrag auf Erteilung einer Approbation als Ärztin/Arzt, Zahnarzt/Zahnärztin oder Apotheker/Apothekerin gestellt habe und das sich beabsichtige, zukünftig im Regierungsbezirk Arnsberg tätig zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift