

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

Erklärung zum Verzicht der Approbation/Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme (Berufsurkunde)

Angaben zur Person männlich weiblich divers

Name

Vorname/Vornamen

Geburtsdatum und -ort

Staatsangehörigkeit

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Ort

E-Mail

Telefon

Angaben zur Approbation

Familiename, auf dem die Approbation ausgestellt wurde (soweit abweichend vom jetzigen Familiennamen)

Behörde, die die Approbationsurkunde ausgestellt hat

Ausstellungsdatum

Ort, an dem der Beruf zuletzt ausgeübt wurde

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich mit dem Verzicht auf die Approbation sowohl die Berechtigung zur Ausübung des Berufs als auch die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung aufgebe.
- Mir ist bewusst, dass die **Approbationsurkunde/Berufsurkunde** durch meinen Verzicht auf die Approbation/Berufsurkunde ihre Gültigkeit verliert, und dass ich gemäß § 118b Landesverwaltungsgesetz Schleswig-Holstein zur Herausgabe der Urkunde verpflichtet bin. Diese habe ich deshalb dieser Erklärung **im Original einschließlich aller vorhandenen Kopien beigelegt**.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in