

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

SHIBB Landesamt
Schleswig-Holsteinisches Institut
für Berufliche Bildung
Muhliusstr. 38
SHIBB Sachgebiet 21
24103 Kiel

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner in _____ (Ausbildungsland)
absolvierten Ausbildung und die Erteilung zur Führung der Berufsbezeichnung

Gesundheits- und Krankenpfleger*in **ODER** Pflegefachfrau/-mann (bitte eintragen)

Ich versichere hiermit:

- 1.) Es handelt sich um den ersten Antrag auf Berufsanerkennung in Deutschland.
- 2.) Ich habe bereits in einem anderen Bundesland einen Antrag gestellt (bitte angeben:)

- 3.) Ich bin nicht berufs- oder strafrechtlich vorbestraft. Es ist auch kein gerichtliches oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig.
- Eine entsprechende Erklärung zu 1., 2. oder 3. kann ich nicht abgeben, weil

Ich bin damit einverstanden, dass meine antragsbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung an folgende Stellen weitergegeben werden: evtl. Bildungsinstitute, mit denen die Behörde bei der Anerkennung von Gesundheitsberufen zusammenarbeitet, evtl. die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB), je nach den Umständen des Einzelfalls evtl. weitere Behörden und Stellen, die mit der Anerkennung befasst sind.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlage: Fragebogen zu den persönlichen Angaben