

Nachweis über Zeiten einer Berufsausbildung oder eines Studiums

[Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes bitte ankreuzen]

Herr/Frau

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

absolvierte in dem Zeitraum _____ – _____
Datum von (TT.MM.JJJJ) Datum bis (TT.MM.JJJJ)

absolviert seit _____
Datum (TT.MM.JJJJ)

in dem Ausbildungsbetrieb / an der Hochschule

Name

Anschrift

- ein Studium oder Teile eines Studiums**
 eine Ausbildung oder Teile einer Ausbildung

zum/zur _____
genaue Bezeichnung des Ausbildungsberufs bzw. bei Studium: des Studienfachs und (angestrebten) Hochschulabschlusses

Nur auszufüllen bei Ausbildung zur/zum Anästhesie- oder Operationstechnischen Assistentin/Assistenten, wenn die Ausbildung vor dem 1. Januar 2022 begonnen hat

Die Ausbildung wird/wurde absolviert an der OTA / ATA - Schule:

Name u. Anschrift der berufsbildenden Schule

- nach internen Vorschriften des Lehrgangsträgers
 nach der „DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/ Assistenten“ in der jeweils gültigen Fassung; die Schule besitzt für die durchgeführte Ausbildung die Anerkennung durch die DKG
 nach folgender Vorschrift (z.B. Gesetz, Verordnung): _____

Stempel

Ausstellungsdatum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Ausbildungsbetrieb oder berufsbildende Schule / Unterschrift Hochschule

Name in Druckbuchstaben

Funktion