|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse Antragsteller | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  | Regierung von Oberfranken  - Sachgebiet 42.1 -  Ludwigstr. 20  95444 Bayreuth | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Ärztliches Zeugnis**  zur Vorlage bei der Regierung von Oberfranken  zur Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpfleger/-in"  gem. § 2 AltpflG vom 17.11.2000 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Frau/Herrn: | |  | | | | | | |
| Geboren am: | |  | | | | | | |
| Wohnhaft in: | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| wird hiermit bestätigt, dass er/sie gesundheitlich in der Lage ist, den Altenpflegeberuf auszuüben. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 42.1\_313.1 | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | |  |
| Datum | | | |  | |  | | Unterschrift des Arztes/Stempel |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Dieses Zeugnis darf bei Vorlage zur Anerkennung nicht älter als drei Monate sein! | | | | | | | | |