

**Antrag auf**  
(bitte ankreuzen)

- Ausstellung einer Bestätigung über die Konformität einer österreichischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege im Sinne des Artikels 31 der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG**
- Ausstellung einer Bestätigung über das Qualifikationsniveau einer österreichischen Ausbildung in einem anderen nichtärztlichen Gesundheitsberuf im Sinne des Artikels 11 der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG**
- Ausstellung einer Bestätigung über die erfolgte Anerkennung eines Qualifikationsnachweises aus dem EU-Raum, EWR und der Schweiz in Österreich**

im Beruf:

**ANTRAGSDATEN:**

Familienname:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:
Telefonnummer:
E-Mail Adresse:
Wohnanschrift:
Wenn keine Wohnanschrift in Österreich – Namhaftmachung eines/einer Zustellbevollmächtigten in Österreich: <u>siehe Beilage Zustellvollmacht</u>

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, idgF., des MTDG, BGBl. I Nr. 100/2024, des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, BGBl. I Nr. 169/2002, idgF., des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes, BGBl. I Nr. 89/2012, idgF., des Sanitättergesetzes, BGBl. I Nr. 30/2002, idgF., des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, idgF., und gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift