

# 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/ des (angestrebten) Hochschulabschlusses

## **Nur auszufüllen bei Ausbildung zur/zum Anästhesie- oder Operationstechnischen Assistentin/Assistenten**

Die Ausbildung wird/wurde absolviert

- ausschließlich nach internen Vorschriften des Lehrgangsträgers
- nach der „DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten“ in der jeweils gültigen Fassung
- nach folgender Vorschrift (z.B. Gesetz, Verordnung):

Stempel

Ausstellungsdatum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Ausbildungsbetrieb oder berufsbildende Schule / Unterschrift Hochschule

Name in Druckbuchstaben

Funktion