

---

Vor- und Nachname

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

## **Ausbildung zum Rettungssanitäter / zur Rettungssanitäterin Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung**

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_, geb.  
am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, die Zulassung  
zur Rettungssanitäterabschlussprüfung im  
\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) gemäß § 6 der  
Landesverordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern (RettSan-APrVO) an der Sanitätsschule Nord.

---

Unterschrift

**Die Zulassung zur Rettungssanitäter-Prüfung wird hiermit erteilt.**

Hutzfeld, \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r