
Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Antrag auf Zulassung zur Prüfung zum/zur staatlich anerkannten Desinfektor/-in

Hiermit beantrage ich, _____,
geb. am _____ in _____, die Zulassung zur Prüfung gemäß § 6 der schleswig-holsteinischen „Landesverordnung über die Ausbildung und Prüfung zur staatlich anerkannten Desinfektorin und zum staatlich anerkannten Desinfektor (APODesinfVO)“ an der Sanitätsschule Nord.

Unterschrift

Die Zulassung zur oben genannten Prüfung wird hiermit erteilt.

Hutfeld, _____
Datum, Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r