Antrag auf Bestätigung der Echtheit des Zeugnisses/der Approbation/Erlaubnisurkunde

(Akademischer Gesundheitsberuf)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
IV A 3
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Echtheit meiner Approbation/Erlaubnisurkunde als

- ☐ Ärztin/Arzt
- ☐ Apothekerin/Apotheker
- ☐ Psychotherapeutin/Psychotherapeut
- ☐ Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- ☐ Lebensmittelchemikerin/Lebensmittelchemiker
- ☐ Medizinphysikerin/Medizinphysiker
- ☐ Tierärztin/Tierarzt
- ☐ Zahnärztin/Zahnarzt

bzw.

☐ **meines Zeugnisses über** _____

zu bestätigen.

Ich habe mein Studium

- ☐ im Land Berlin
- ☐ im Ausland

abgeschlossen.

Persönliche Angaben

Familienname	ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	**Geburtsdatum**	**Geburtsort**
Straße und Hausnummer	**Postleitzahl**	**Ort**
Telefon	**E-Mail**	

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, kein Berufsgerichtsverfahren und kein standesrechtliches Verfahren bei der jeweiligen Berufskammer anhängig ist.

Bearbeitungsgebühr

Die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 85,00 € bezahle ich durch Lastschrift.

Ich ermächtige hiermit das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten deutschen Konto abzubuchen.

Name der kontoführenden Person

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Ich bestätige die Kenntnisnahme der folgenden Datenschutzerklärung:

Datenschutzerklärung

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Die Datenschutzerklärung des Referates IV A (Landesprüfungsamt/Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe) des LAGeSo beruht auf den Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

1. **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen**
   Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
   Referat IV A
   Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin
2. **Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten**
   ZSL DSB
   Tel. 030-90229-1209
   E-Mail: Datenschutz@lageso.berlin.de
3. **Rechte der betroffenen Person (Auskunft, Berichtigung, Löschung)**
   Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte.
   - Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten.
   - Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person.
   - Das Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person.
   - Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person.
   - Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.
   - Das Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
   - Das Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.
4. **Rechtsgrundlage der Verarbeitung**
   Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 Buchst. e Datenschutz-Grundverordnung (EU_DSGVO i.V.m. dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Meldeangelegenheiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, bei Unbedenklichkeits- und Echtheitsbestätigungen beträgt die Aufbewahrungszeit zwischen einem und zehn Jahren nach Abschluss des Vorganges.

Ort, Datum

(eigenhändige) Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers