

Antrag auf Erteilung der staatlichen Anerkennung als Familienpflegerin/Familienpfleger

Landesamt für Gesundheit und Soziales
IV H 216
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die staatliche Anerkennung als **Familienpflegerin/Familienpfleger**

Familienname

Vorname(n)

Anschrift (zugleich Versandadresse):

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Ich erkläre, dass

ich in keinem anderen Bundesland einen derartigen Antrag gestellt,

gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches und/oder berufsgerichtliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

Das Kolloquium habe ich am erfolgreich absolviert.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigelegt:

- 01 **eine beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses**
- 02 **ärztliche Bescheinigung (nicht älter als drei Monate und im Original)**
- 03 **Kopie des Personalausweises**

Des Weiteren wird ein polizeiliches Führungszeugnis – Belegart „0“ (Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde) benötigt, welches direkt vom Bundesamt für Justiz an das LAGeSo gesandt wird und nicht älter als drei Monate sein darf.

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 85,00 €

durch Überweisung (Gebührenbescheid mit Kontodaten und Kassenzahlen werden der Urkunde beigelegt)

durch Lastschrift

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

.....

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 H (Gesundheitsfachberufe Inland; Pflegeausbildungsfonds) 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 H
Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

ZSL DSB
Tel.: 030-90229-1209
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 Art. 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 Angelegenheiten der Berufszulassungsregelungen (Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung) beträgt die Aufbewahrungszeit 80 Jahre.

Ort, Datum

.....
(eigenhändige) Unterschrift