

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Ausbildung in der Europäischen Union (EU)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
I A 2
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung als

Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Ergotherapeut/in
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	Logopädin/Logopäde
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	Altenpfleger/in
Physiotherapeut/in	Diätassistent/in
Hebamme / Entbindungspfleger	Gesundheitsaufseherin /-aufseher
Medizinisch-technische/r Assistent/in	Desinfektor/in
Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistent/in	Hufbeschlagschmied/in
Medizinisch-technische(r) Radiologieassistent/in	Kardiotechniker/in
Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in	Notfallsanitäter/in
Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in	Lebensmittelkontrolleur/in
Podologin/Podologe	Mediz. Sektions- und Präparationsassistent/in

Familienname

Namenszusätze (von, de usw.)

Vornamen

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Ich erkläre, dass

ich in keinem anderen Bundesland die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung beantragt habe,

ich bisher nicht an einer Eignungsprüfung oder einem Anpassungslehrgang teilgenommen habe,

ich an einer Eignungsprüfung oder einem Anpassungslehrgang

im Bundesland teilgenommen habe,

gegen mich ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches und/oder berufsgerichtliches Ermittlungsverfahren

nicht anhängig ist,

anhängig ist. Aktenzeichen: bei: .

Die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist gebührenpflichtig. Über die Höhe der Gebühr erhalte ich einen gesonderten Bescheid.

Bei Antragstellung aus dem Ausland erfolgt die Bearbeitung erst nach Eingang der Gebühr.

Ich bezahle die Verwaltungsgebühr	
durch Überweisung	durch Lastschriftinzug 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. Die Datenschutzerklärung des Referates I A (Berufe im Gesundheitswesen/Landesprüfungsamt) 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

LAGeSo/Landesprüfungsamt Berlin
Referat I A
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