

Gesundheitsfachberufe

Antrag auf Certificate of Good Standing / Certificate of Current Professional Status EU Konformitätsbescheinigung

Familienname, Vorname/n, und ggf. Geburtsname	Geburtsdatum und Geburtsort / Geschlecht
Vollständiger Name zum Zeitpunkt der Urkundenausstellung	E-Mail-Adresse / Telefonnummer
Straße und Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort / Land

– bitte in Druckschrift / lesbar ausfüllen –

An das

Regierungspräsidium Tübingen
Referat 25 – Sachgebiet 1 –
Konrad-Adenauer-Straße 20
72072 Tübingen

oder

per E-Mail an: poststelle@rpt.bwl.de

Zuständig für die Ausstellung der Bescheinigung ist das Regierungspräsidium Tübingen nur, sofern der Ort der letzten Beschäftigung innerhalb des Regierungsbezirks Tübingen lag

Berufsbezeichnung:

Ausstellungsdatum der Berufsurkunde:

Name/Ort der Schule:

Ausbildungsbeginn /-ende:

Name der Behörde, welche die Urkunde ausgestellt hat:

Letzte bzw. aktuelle Ausübung in diesem Beruf innerhalb Deutschlands:

Arbeitgeber:

PLZ/Ort:

Für die Antragstellung sind folgende Unterlagen einzureichen:

- ein **ärztliches Attest**, welches bescheinigt, dass Sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet sind. Das Attest sollte nicht älter als 3 Monate sein. Das Attest befindet sich am Ende des Antrags, bitte senden Sie es auf dem Postweg an die oben angegebene Adresse.
- ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach **§ 30 Abs. 5 BZRG, Belegart „OB“**
Das polizeiliche Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG, Belegart „OB“ müssen Sie beim Rathaus Ihrer Wohnsitzgemeinde beantragen.
Als Empfänger geben Sie bitte ebenfalls die o. s. Anschrift an.
Als Verwendungszweck nennen Sie bitte „EU-Konformitätsbescheinigung „Ihren Beruf“.
- Wenn Sie Ihre Berufsurkunde nicht vom Regierungspräsidium Tübingen erhalten haben, benötigen wir von dem Zeugnis und der Erlaubnisurkunde eine beglaubigte Kopie.**

Für die Ausstellung der Bescheinigung wird eine Gebühr in Höhe von **50,00 Euro** erhoben. Der Gebührenbescheid wird gleichzeitig mit der Bescheinigung an Sie versendet.
(Ausnahme: APH und GKPH 30 €)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren bzw. staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren sowie berufsgerichtliches Verfahren anhängig war oder ist und auch keine berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet wurden.
- Die Erlaubnisurkunde wurde mir von keiner Behörde entzogen, widerrufen oder zurückgenommen.
- Ich benötige die Bescheinigung zusätzlich per Mail als PDF (keine zusätzliche Gebühr)

Anmerkungen / Notizen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich alles gelesen und verstanden habe.

Datum / handschriftliche Unterschrift

Anlage 1

.....
Ort, Datum

Ärztliche Untersuchung zur Berufseignung

Frau /Herr*

geboren am:

wohnhaft in:

wurde von mir zum Zwecke der Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs

„.....“ am untersucht

Bei Frau/Herr*

liegen Erkrankungen / Einschränkungen vor –

liegen keine Erkrankungen / Einschränkungen vor -

die zu einer Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Ausübung des Berufes

„.....“ führen können.

(*nicht Zutreffendes bitte streichen)

Bemerkungen:

.....
untersuchende/r Ärztin/Arzt

Praxisstempel