

**Kreis Viersen
Der Landrat
Gesundheitsamt
Rathausmarkt 3
41747 Viersen**

Anzeige über den Verlust einer Erlaubnisurkunde

Personenbezogene Angaben							
Familiennamen (ggfs auch der Geburtsname)		Vornamen		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Familienstand		Geburtsdatum		Geburtsort, Land		Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer				Postleitzahl, Ort			
Telefon:				E-Mail:			

Ich zeige an, dass mir folgende Erlaubnisurkunde abhandengekommen ist:

<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegerin		<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger		<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin		<input type="checkbox"/> Andere:	
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeassistent			
Name der Schule:		Prüfungsdatum:	
Zeitpunkt des Verlustes:			

Ich zeige an, dass mir das Zeugnis über die staatliche Prüfung abhandengekommen ist:

<input type="checkbox"/> in der Gesundheits- und Krankenpflege		<input type="checkbox"/> in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeassistent		<input type="checkbox"/> Andere:	
Name der Schule:		Prüfungsdatum:	
Zeitpunkt des Verlustes:			

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und mir bewusst ist, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Für die Ersatzausstellung der Erlaubnisurkunde ist ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs.5 Bundeszentralregister notwendig. Für die Ausstellung der Ersatzurkunde über die Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung und die Ausstellung eines Ersatzzeugnisses ist jeweils nach der Tarifstelle 10.3.3 AVerwGebO NRW eine Verwaltungsgebühr von 60 Euro zu erheben.

Hiermit beantrage ich die Ausstellung einer Ersatzurkunde/Ersatzzeugnisses:

Ort

Datum

Unterschrift