

Anlage 3

An den Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse für Gesundheitsberufe
Gesundheitsamt Stadt Dortmund
Hoher Wall 9-11
44137 Dortmund

über die Schulleitung der

ResQuality GmbH
Märkische Straße 227
44141 Dortmund

Sehr geehrte Prüfungsvorsitzende,
sehr geehrter Prüfungsvorsitzender,

hiermit beantrage ich

Name, Vorname	Geboren am
Anschrift	PLZ Ort

meine Zulassung zur Vollprüfung zum/zur Notfallsanitäter/in im Zeitraum

_____ nach § 6 Abs. 1 NotSan AprV.
Prüfungszeitraum

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Zulassung zur Prüfung nur dann erfolgt, wenn alle Unterlagen fristgerecht der Rettungsschule vorgelegen haben.

Dem Antrag füge ich bei:

1. Amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises/Reisepasses
2. Amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung Rettungsassistentin/ Rettungsassistent

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich bisher an keiner anderen Rettungsdienstschule innerhalb der Bundesrepublik Deutschland eine Ergänzungsprüfung zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter absolviert habe.

Mir ist bekannt, dass bei einer falschen Aussage sich strafrechtliche Konsequenzen ergeben, die u. a. dazu führen, dass bei einem erfolgreichen Verlauf meiner Prüfung das Ergebnis annulliert und das Zeugnis hierüber im Nachhinein noch bis zu zehn Jahren nach dem Examen wieder zurückgenommen werden kann. Sollte es bereits zu einer zu einer Erlaubniserteilung gekommen sein, wird durch die dafür zuständige Behörde auch diese wegen arglistiger Täuschung zurückgenommen."

Unterschrift des Antragstellers	Ort, Datum

Anlage 5

Antrag auf Zuweisung an eine staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

Name der zuständigen Behörde
Abteilung
Anschrift (Straße)
PLZ/Ort

Angaben der Antragstellerin des Antragstellers

Name, Vorname des / des Antragstellers / Antragstellerin	geboren am, Geburtsort
Anschrift (Straße)	PLZ/Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Zuweisung zur Vollprüfung zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter gem. § 4 Abs. 4 Satz 2 NotSan-APrV an folgende staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule:

ResQuality GmbH Philipp Utermann Märkische Straße 227 44141 Dortmund Telefon (0231) 99 32 38 55 Telefax (0231) 99 32 38 56 Email info@resquality.de

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin	Ort/ Datum

	Hinweis: Die örtlich zuständige Behörde ergibt sich aus den entsprechenden Regelungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Regelmäßig wird sich die örtliche Zuständigkeit danach richten, wo der Antragsteller seinen Beruf ausübt und wenn dieses nicht zutrifft nach dem Wohnortprinzip.
Arbeitgeber	
Anschrift (Straße)	
PLZ/Ort	

Zuweisung an eine staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

ResQuality GmbH
Märkische Straße 227
44141 Dortmund

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund des vorliegenden Antrages von

,	
Name, Vorname des / des Antragstellers / Antragstellerin	geboren am, Geburtsort
Anschrift (Straße)	PLZ/Ort

wird die Antragstellerin / der Antragsteller gem. § 4 Abs. 4 Satz 2 NotSan-APrV an die staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

ResQuality GmbH Philipp Utermann Märkische Straße 227 44141 Dortmund

zur Vollprüfung zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter zugewiesen.

Unterschrift und Stempel der zuständigen Behörde

Anlage 7

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter/in)

Name	Vorname
Anschrift	PLZ / Ort
Geboren am	Geburtsort

**Stadt Dortmund
Gesundheitsamt
Hoher Wall 9-11
z.Hd. Frau Kalning
44137 Dortmund**

über die Leitung der

**ResQuality GmbH
Schulleitung Philipp Utermann
Märkische Straße 227
44141 Dortmund**

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter/in

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach bestandener Abschlussprüfung beantrage ich die Erteilung obengenannter Erlaubnis.

Dem Antrag füge ich bei:

- Kopie des Zeugnisses über die bestandene Prüfung
- ärztliches Attest meines Hausarztes über die Eignung (nicht älter als drei Monate)

Das erweiterte amtliche Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) wurde beim Einwohnermeldeamt beantragt und wird Ihnen direkt zugesandt.

Ich bitte um Übersendung der Berufserlaubnis gegen Rechnung (Verwaltungsgebühr 60,00 €).

Ich versichere, dass ich in den letzten drei Jahren nicht rechtskräftig verurteilt wurde, kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist oder gegen mich ermittelt wird.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Hinweis: Bitte den Antrag nur mit vollständigen Belegen einreichen. Ein unvollständiger Antrag wird zurückgesandt.



Stadt Dortmund
Der Oberbürgermeister

Stadt Dortmund

44122 Dortmund

Einwohnermeldeamt

Gesundheitsamt

Berufserlaubnisse/
Heilpraktiker

Hoher Wall 9-11

Zimmer 5.06
Kalning

Tel. 0231 50-23729

Fax 0231 50-10893

gesundheitsberufe@stadtdo.de

Datum:

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:
Notfallsanitäter/in***

**Hier: Bescheinigung über die Anforderung eines erweiterten Führungszeugnisses gemäß
§30a Abs. 2 BZRG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 30a Absatz 2 BZRG benötigen wir von der antragsstellenden Person:

Geburtsdatum: Geburtsort:

ein erweitertes Führungszeugnis für die Erteilung der o.g. Erlaubnis.

Diese Notwendigkeit ergibt sich aus dem § 30a Absatz 1, Ziffer 2b) (BZRG), welcher besagt, dass bei einer Tätigkeit, die geeignet ist, Kontakt zu Minderjährigen aufzunehmen, das oben genannte Führungszeugnis benötigt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag
gez.

Kalnig

Sie können mit uns sprechen: montags und dienstags 8.00–12.00 Uhr
donnerstags 13:00- 17.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Sie erreichen uns: mit allen Stadtbahnlinien Haltestelle Stadtgarten und mit der S-Bahn Bhf. Stadthaus

Im Internet unter: <http://www.dortmund.de>

Unverschlüsselte E-Mails können auf allen Internetstrecken unbefugt mitgelesen/verändert werden.
Ausführliche Datenschutzinformationen der Stadt Dortmund finden Sie auf unserer Website unter
www.datenschutz.dortmund.de

Unsere Bankverbindung: IBAN DE65 4405 0199 0001 1244 47 BIC DORTDE33XXX

Anlage 8

Ärztliches Zeugnis zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Dortmund zwecks Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name/ Vorname:	,		
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Bundesland:			
Geburtsdatum:		Geburtsort	

Die/Der Vorgenannte* wurde heute von mir untersucht.

Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende* in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des oben genannten Berufes geeignet.

(Stempel des/der Arztes/Ärztin)

Ort, Datum, Unterschrift des/der untersuchenden Arztes/Ärztin