

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mailadresse

**Bezirksregierung Arnsberg
Dezernat 24 - Approbationen
Seibertzstraße 1
59821 Arnsberg**

Gebührenpflichtiger

Antrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Approbation als (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)
- Zahnärztin oder Zahnarzt gemäß § 13 ZHG
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 4 PsychThG
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

Ort der letzten Prüfung	
-------------------------	--

Erklärung über die Straffreiheit

Hiermit erkläre ich, dass ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich nicht anhängig ist, und keine berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet worden sind.

Erklärung zum Datenschutz

Ich habe die Datenschutzbestimmungen auf der Internetseite der Bezirksregierung Arnsberg (<https://www.bra.nrw.de/4150077>) gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift