

Gesundheitsamt
der Stadt Bonn
Engeltalstraße 6
53111 Bonn

Antrag auf Zulassung zur staatlichen Ergänzungsprüfung

„Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ am _____

gem. § 32 Abs. 2 Satz 1 NotSanG - ohne weitere Ausbildung -

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Dozententätigkeit : ja nein

Wenn ja, an der Schule: _____

Dem Antrag füge ich bei:

1. Personalausweis in amtlich beglaubigter Abschrift
2. Antrag auf Anrechnung der Ausbildung als Rettungsassistent nebst Anlagen

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller