

Bezirksregierung Düsseldorf
Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie
Postfach 30 08 65
40408 Düsseldorf

Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung zur / zum Desinfektor*in

gem. § 6 APO-Desinf. NRW

Datum der Prüfung: ____:____:_____

Prüfungsort: DRK Landesverband Nordrhein e.V.
Akademie für Hygiene und Infektionsprävention
staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Desinfektorinnen und Desinfektoren
Schulstraße 38 in 53773 Hennef (Sieg)

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Wohnort: _____	Straße: _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

Diesem Antrag füge ich bei:

- Lebenslauf mit Lichtbild
- eine Geburtsurkunde oder ein Geburtsschein (amtlich beglaubigte Kopie)
- bei Namensänderungen eine entsprechende Urkunde (amtlich beglaubigte Kopie)
- amtlich beglaubigte Kopie Schulabschluss („*wer einen Hauptschulabschluss oder einen entsprechenden Bildungsstand und der Berufsschulpflicht genügt hat oder den Nachweis über eine abgeschlossene Berufsausbildung*“)
- Nachweis gesundheitliche Eignung (amtsärztliches Zeugnis / Bescheinigung G 42 + G 26.2), nicht älter als drei Monate)
- amtliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate)

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller