

Name, Vorname: _____ Datum: _____

An die
Bezirksregierung Münster
Dezernat 24 – Pflegeberufe

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
Gesundheits- und Krankenpfleger/in
nach § 2 PfIBG bei ausländischem Abschluss (EU/ERW)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die **Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung** „staatlich anerkannte/r **Gesundheits- und Krankenpfleger/in**“.

1. Die Befugnis zur Aufnahme oder Ausübung wird für den Beruf der/s staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpfleger/in auf Grund einer im Ausland, und zwar in _____ (Land), erworbenen gleichwertigen Berufsqualifikation als

_____ (Berufsbezeichnung in deutscher Sprache und der des Ausbildungsstaates) beantragt.

2. Personenbezogene Angaben

Name: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ () männlich () weiblich () divers

3. Persönliche Eignung

Ich habe

ein erweitertes Führungszeugnis (Belegart „OE“) zur Vorlage bei einer Behörde

und einen Strafregisterauszug in meinem Herkunftsland

beantragt.

Ich erkläre, dass ich nicht vorbestraft bin.

Ich erkläre, dass derzeit gegen mich kein Straf- oder Ermittlungsverfahren anhängig ist.

4. Erklärungen

Ich versichere, dass ich

- im Besitz einer gültigen Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung bin und
- meine zukünftige Arbeitsstätte im Regierungsbezirk Münster liegt.

Die Erlaubnis zur Befugnis über die Aufnahme oder Ausübung meines Berufs wurde bislang in meinem Heimatland bzw. im Ausbildungsland nicht widerrufen.

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

Ich bin darüber informiert, dass bei der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in gemäß des Verwaltungsgebührengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen eine Verwaltungsgebühr von 60,00 € erhoben wird.

Ich bitte, mir die Erlaubnis nach § 1 PfIBG zu erteilen.

Folgende Unterlagen sind meinem Antrag beigelegt:

- Bescheid über die Feststellung der Gleichwertigkeit
- Identitätsnachweis (beglaubigte Kopie des gültigen Ausweises/ Passes/ Aufenthaltstitels)
- Beleg über die Beantragung eines erweiterten Führungszeugnisses.
Das polizeiliche Führungszeugnis nach Belegart „OE“ habe ich bei der zuständigen Gemeinde- / Stadtverwaltung beantragt. Einen entsprechenden Nachweis habe ich meinem Antrag beigelegt.
- aktueller Strafregisterauszug Ihres Herkunftslandes
- ausgefülltes ärztliches Attest (**Anlage 2**)
- Nachweis über die erforderlichen Deutschkenntnisse zur Ausübung des Berufs;
Andere Sprachnachweise: _____
- Sonstiges: _____

5. Hinweis

Gerne möchten wir Ihnen Ihre Urkunde zukünftig digital zur Verfügung stellen. Damit möchten wir erreichen, dass Sie diese schneller erhalten. Auch möchten wir durch den Verzicht auf Papier einen Beitrag zum Klimaschutz leisten. Für Sie haben die digitalen Dokumente den Vorteil, dass Sie künftig auf Beglaubigungen verzichten und somit Zeit und Geld sparen können. Dazu benötigen wir Ihre Zustimmung.

Ich willige ein, dass der Versand meiner elektronisch signierten Erlaubnisurkunde und des Gebührenbescheides per unverschlüsselter E-Mail erfolgen darf und willige ebenfalls der hierzu erforderlichen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin darüber informiert, dass dieser Kommunikationsweg mit Risiken behaftet ist und Unbefugte den Inhalt der Mails grundsätzlich zur Kenntnis nehmen, speichern, verändern und/oder auch anderweitig verarbeiten könnten. Gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung oder im Falle eines Widerrufs erfolgt die gesamte schriftliche Kommunikation, insbesondere auch der Versand der Erlaubnisurkunde, ausschließlich postalisch.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ärztliches Attest

Frau / Herr _____,

wohnhaft in _____ wurde

heute von mir untersucht.

Hiermit bescheinige ich, dass o.g. Patientin/Patient in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Pflegeberufes nicht ungeeignet ist.

_____	, den _____	_____
Ort	Datum	Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes, die/der die Untersuchung durchgeführt hat