
(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Bezirksregierung Münster
Dezernat 24
Domplatz 1-3
48143 Münster

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner Ausbildung gegenüber der deutschen Ausbildung für die Erteilung der Befugnis zur Aufnahme oder Ausübung des Berufs

- Sozialpädagoge/in / Sozialarbeiter/in
- Kindheitspädagoge/in
- Heilpädagoge/in

wünsche.

Ich erkläre, dass ich sämtliche Kosten für die gutachterliche Überprüfung der Gleichwertigkeit meiner Ausbildung übernehme.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)