

An die
Bezirkshauptmannschaft

**Antrag
auf Ausstellung eines Gesundheits- und Krankenpflegeausweises**

Nachname:

Geburtsname:

Vorname:

Datum und Ort der Geburt:

Staatsangehörigkeit:

Berufsbezeichnung:*

Wohnadresse:

Telefon:

Ich beantrage hiermit die Ausstellung eines Berufsausweises für Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes gemäß § 10 Abs 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.

Ort , Datum
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

*Dipl Gesundheits- und Krankenschwester/Krankenpfleger, Dipl
Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Dipl psych Gesundheits- und
Krankenschwester/Krankenpfleger, Pflegehelferin/Pflegehelfer