
(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse)

(Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass es mir nicht möglich ist, entsprechende Ausbildungs- und Befähigungsnachweise aus meinem Studienland für eine gutachterliche Feststellung der Gleichwertigkeit meiner ärztlichen/zahnärztlichen/pharmazeutischen Ausbildung mit der deutschen Ausbildung vorzulegen. Die Gründe liegen dabei nicht in meiner Person.

Die Vorlage der notwendigen Dokumente ist mir aus folgenden Gründen nicht möglich:

Mir ist bewusst, dass eine dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsüberprüfung mittels Gutachten aufgrund der Unmöglichkeit der Vorlage der hierfür notwendigen Dokumente nicht möglich ist und ich daher die Gleichwertigkeit meines Ausbildungsstandes durch die erfolgreiche Teilnahme an der Kenntnisprüfung nachzuweisen habe. *

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

*Die Zulässigkeit der Gleichwertigkeitsprüfung bleibt bei gegebenen Voraussetzungen hiervon unberührt.