

Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname	Telefonnummer
_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____
PLZ	Wohnort
_____	_____
Straße	

wird bestätigt, dass er

sie

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs

ungeeignet ist.*

Stempel des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes