

**Antrag auf Zulassung zur staatlichen Wiederholungsprüfung
in den Fachrichtungen Anästhesietechnische und
Operationstechnische Assistenz**

Prüfungsjahr: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Ausbildungszeitraum eintragen

Fachrichtung: ATA / OTA*

von

bis

Schule:

Ausbildungsverlängerung:

ja verlängert bis: _____
nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die:

schriftlichen Prüfung Aufsichtsarbeit I
 Aufsichtsarbeit II
 Aufsichtsarbeit III

mündlichen Prüfung

praktischen Prüfung

**Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten
Ausbildungsverlängerung in Kopie bei.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

*Unzutreffendes streichen