

**Antrag auf Zulassung zur staatlichen Wiederholungsprüfung
für die Pflegeberufe**

Prüfungsjahr: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Ausbildungszeitraum eintragen von _____ bis _____

Ausbildungsverlängerung ja bis _____
 nein

Schule _____

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

schriftliche Prüfung Aufsichtsarbeit I
 Aufsichtsarbeit II
 Aufsichtsarbeit III

mündliche Prüfung

praktische Prüfung

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in