

Thüringer Landesverwaltungsamt Weimar  
Referat 720  
Postfach 22 49  
99403 Weimar

**Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung als Orthoptist**

Name  Vorname  Telefonnummer

Geburtsdatum  Geburtsort

PLZ  Wohnort

Straße  Nr.

Ausbildungszeitraum eintragen

von  bis

Schule

Ausbildungsverlängerung  ja bis wann   
 nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

- schriftliche Prüfung
- mündliche Prüfung
- praktische Prüfung

Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung (Formular) im Original bei.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers