

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Postleitzahl, Ort
Telefon	E-Mail

Regierungspräsidium Darmstadt  
 Dezernat II 24.1  
 64278 Darmstadt

**Antrag „Certificate of good standing“ (Unbedenklichkeitsbescheinigung)**

**Antrag EU „Konformitätsbescheinigung“** (für Hebammen)

Hiermit beantrage ich die o. g. Bescheinigung für meine berufliche Tätigkeit als

Hebamme/Entbindungspfleger

Physiotherapeutin / Physiotherapeut

Rettungsassistentin / Rettungsassistent oder Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter

Ergotherapeutin / Ergotherapeut

anderer Gesundheitsfachberuf \_\_\_\_\_

für die Aufnahme einer Tätigkeit in \_\_\_\_\_  
 (bitte Land angeben)

Zeitraum der Ausbildung (von – bis)
Name und Ort der Schule
Der Beruf wird derzeit ausgeübt oder wurde zuletzt ausgeübt in (PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift