



Bestätigung betreffend das Nostrifikationsverfahren bzw.
das EWR-Anerkennungsverfahren

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in keiner weiteren Schule für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich einen Antrag um Aufnahme zur Absolvierung einer ergänzenden Ausbildung / ergänzender Prüfungen im Rahmen des Nostrifikationsverfahrens bzw. des EWR-Anerkennungsverfahrens gestellt habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____