



Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Geschäftsbereich Bildung
Große Bleiche 14-16
55116 Mainz

E-Mail:
fachsprachpruefung@pflegekammer-rlp.de

Telefon: 06131 327 38-55
Fax-Nr. 06131 327 38-9955

Aktenzeichen/Nr.

PSB _____
(Bitte angeben, falls schon bekannt)

Eingang am: _____

Antrag auf Teilnahme an der Fachsprachprüfung für Pflegefachberufe der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Erstantrag

Antrag auf Wiederholungsprüfung

Angaben zur Person – Aktuelle Wohnanschrift (Pflichtangaben)

Name	
Geburtsname	
Vorname/n	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort und Land	
Staatsangehörigkeit	
Pass(Ausweis)-Nr:	
Staatsangehörigkeit	
Straße/ Hausnummer	
Postleitzahl/ Ort	
E-Mail	
Telefonnummer	
Arbeitgeber und Dienstort	



Erklärungen des Antragstellers/der Antragstellerin:

<input type="checkbox"/>	Ich erkläre hiermit, dass ich einen Wohnortwechsel während dieses Antragsverfahrens unverzüglich der Landespflegekammer schriftlich per E-Mail (fachsprachpruefung@pflegekammer-rlp.de) mitteile.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet oder anhängig ist
<input type="checkbox"/>	Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und mir bewusst ist, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre hiermit, dass ich damit einverstanden bin, dass Pflichtangaben und weitere Eintragungen erhoben und elektronisch gespeichert werden. Ich bestätige die Hinweise zum Datenschutz, sowie die Prüfungsrichtlinie
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre hiermit, dass mir bekannt ist, dass vor Antritt der Fachsprachenprüfung ein Kostenvorschuss in Höhe von 450,-€ (in Worten: Vierhundertfünfzig Euro) zu entrichten ist.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Prüfungsgebühr nach gesonderter Aufforderung überweisen werde oder eine Kostenübernahmeerklärung einreiche.
<input type="checkbox"/>	Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse und meiner Unterschrift auf dem Antragsformular stimme ich der elektronischen Datenübermittlung zwischen mir und der Landespflegekammer RLP zu. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von mir widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person