

Nostrifikation zahnärztliche Assistenz / Prophylaxeassistenz



Allgemeine Information

Antrag auf Nostrifikation einer im Ausland staatlich anerkannten absolvierten Ausbildung als zahnärztliche Assistenz und/oder Prophylaxeassistenz

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Gesundheitsrecht
Landhausplatz 1, Haus 15b
3109 St. Pölten
E-Mail: post.gs4@noel.gv.at

Antragsteller/in

Anrede * ☐ Frau ☐ Herr
Titel vorgestellt _____
Vorname * _____
Familiennamen * _____
Titel nachgestellt _____
Geburtsname * _____
Geburtsdatum * _____
Geburtsort * _____
Staatsangehörigkeit * _____
Sozialversicherungs-Nr. _____

Adresse

Straße * _____
Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____
Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontakt Daten

Telefon * _____
E-Mail _____

Antrag

Ich ersuche nach dem Zahnärztegesetz in Verbindung mit der ZASS-Ausbildungsverordnung um Anerkennung

der in (Staat) * _____

abgeschlossenen Ausbildung als

- ☐ Zahnärztliche Assistenz
☐ Prophylaxeassistenz

Beilagen

Die folgenden Unterlagen sind im Original oder in beglaubigter Abschrift samt Übersetzung durch einen gerichtlich beeidigten Übersetzer vorzulegen.

Nachweis der Staatsangehörigkeit (Reisepass oder Personalausweis)

☐ beigelegt

Nachweis eines Hauptwohnsitzes (Meldezettel) oder eines Zustellungsbevollmächtigten (persönlich unterfertigte Vollmacht) in Österreich zum Zwecke der Zustellung

☐ beigelegt

bei Namensänderung entsprechender Nachweis (Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde, etc.)

☐ beigelegt

Urkunde, die zur Berufsausübung in dem Staat, in dem sie erworben wurde, berechtigt

☐ beigelegt

Ausbildungsnachweise und entsprechende Jahreszeugnisse

☐ beigelegt

Lehrplan und Praktikumsbestätigungen

☐ beigelegt

Bescheinigung über bisherige Tätigkeiten in einem Gesundheitsberuf

☐ beigelegt

Lebenslauf

☐ beigelegt

Erklärung

Ich erkläre, dass kein EWR-Anerkennungs- bzw. Nostrifizierungsverfahren beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bzw. in einem anderen Bundesland anhängig oder abgeschlossen ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine unrichtige Erklärung einen Wiederaufnahmegrund gem. § 69 Abs. 1 Z.1 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 darstellt.

Zustimmung

☐ Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

Datenschutz

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noel.gv.at/datenschutz abrufbar.

Übermittlung

Bitte laden Sie das unterschriebene Formular und die erforderlichen Unterlagen über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch. Alternativ ist auch eine Übermittlung per E-Mail an post.gs4@noel.gv.at oder postalisch an das Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Gesundheitsrecht, Landhausplatz 1, Haus 15b, 3109 St. Pölten möglich.

Unterschrift

Datum, Unterschrift

(entfällt bei digitaler Signatur)