

Anlage 18

**Bezeichnung und Adresse des Lehrgangs bzw. der Schule,
Rechtsträger sowie DVR-Nummer**

AUSBILDUNGSBESTÄTIGUNG

Herr/Frau,
 geboren am, in,
 hat an der Ausbildung
 gemäß der MAB-Ausbildungsverordnung – MAB-AV, BGBI. II Nr. 282/2013,
 von bisteilgenommen und folgende Beurteilungen erlangt:

MAB-Basismodul Unterrichtsfächer	Beurteilungen/Wiederholungen

1. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen
2. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen
3. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen

Modul Fachbereichsarbeit	
Thema	Beurteilung/Wiederholungen
Kommissionelle Diplomprüfung	
Beurteilung/Wiederholungen	

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung eines medizinischen Assistenzberufs.

....., am

Der Leiter/Die Leiterin bzw. Der Direktor/ Die Direktorin: